103

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1916 — THESE — N° —

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Mlle Ethèle PÉLAVSKY

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS
Des Hystéropexies abdominales

FAITES PAR LE

PROCÉDÉ DE DOLÉRIS

Président : A. BROCA, *professeur*

PARIS
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, Rue Racine (VIe)

1916

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

ASSESSEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	Auguste BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	N.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	N.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU N. HARTMANN
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR COUVELAIRE RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN
Hygiène clinique de la première enfance	MARFAN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
BRUMPT	LABBÉ (H.)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GRÉGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AUGUSTE BROCA

Chirurgien à l'Hôpital des Enfants-Malades

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Et parmi eux nous tenons à remercier tout particulièrement M. le Dr Arrou, chirurgien à l'Hôpital de la Pitié, qui nous a accueilli avec une grande bienveillance et dont les leçons cliniques nous ont été très profitables.

A Monsieur le Docteur FREDET

Qui nous a inspiré cette thèse et avec la plus grande patience nous a conseillé et nous a permis de mener à bout ce travail.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

Des Hystéropexies abdominales

FAITES PAR LE

PROCÉDÉ DE DOLÉRIS

La position de l'utérus chez la femme saine n'est pas fixe ; cet organe se déplace sous l'influence de la vacuité et de la replétion des organes creux : qui sont en avant la vessie, en arrière le rectum. L'utérus est maintenu dans sa position instable par les ligaments et soutenu par le plancher périnéal. Les ligaments sont au nombre de trois : les ligaments larges, les ligaments utéro-sacrés et les ligaments ronds qui ont chacun un rôle particulier à remplir.

Les ligaments larges, qui sont deux cloisons transversales formées par les deux feuillets péritonéaux qui, après avoir enveloppé la face antérieure et la face postérieure de l'utérus, arrivent au-niveau des bords latéraux de l'organe, s'appliquent l'un à l'autre pour se porter ensuite vers les parois latérales du bassin. Ils ont la forme de deux vastes ailes quadrilatères, qui par leur base sont fixées au plancher pelvien, par leur bord interne ils servent de soutien aux nombreux vaisseaux et nerfs qui vont à l'utérus et à l'ovaire ou en reviennent, leur bord

externe répond à la paroi latérale de l'excavation ; la face antérieure de ces ligaments larges contient la portion initiale des ligaments ronds, qui forment aileron antérieur ; à la face postérieure est appendu l'ovaire ; leur bord supérieure enveloppe la trompe.

Les ligaments larges étant disposés dans un sens frontal, permettent à la matrice des mouvements antéro-postérieurs assez étendus, mais ils s'opposent à ce qu'elle exécute des mouvements étendus de latéralité, donc ces deux ailerons guident l'utérus dans ses déplacements, mais ne le fixent dans aucune position déterminée.

Les ligaments utéro-sacrés sont des ligaments qui s'insèrent sur l'isthme de l'utérus et de là vont se fixer au sacrum, au niveau de la troisième vertèbre sacrée ; par leur insertion sur l'isthme de la matrice, ils forment une sorte de pivot autour duquel le fond utérin peut se déplacer tantôt en avant, tantôt en arrière.

La puissance des ligaments utéro-sacrés, dit J.-L. Faure, est considérable ; ils s'opposent au-déplacement du col vers la symphyse et au cours d'une intervention chirurgicale, ils doivent être tranchés avec des ciseaux au ras de l'utérus, car ils sont assez solides pour résister à des tractions énergiques.

Examinons maintenant avec plus de détail les ligaments ronds, qui dans la ligamentopexie jouent un rôle considérable.

Les ligaments ronds sont formés par des faisceaux de fibres lisses, comprenant deux segments : l'un

intra-pelvien naît de la partie antérieure et latérale de l'utérus un peu-au dessous de la trompe ; il se porte obliquement en avant et en dehors vers l'orifice profond du canal inguinal, là commence le second segment extra-pelvien, qui se termine dans les grandes lèvres. Ces deux longs cordons fibro-musculaires, qui mesurent de 10 à 12 centimètres, sont formés de deux parties d'inégale valeur ; tandis que dans leur trajet intra-pelvien les ligaments ronds sont épais, facilement reconnaissables, dans leur segment extra-pelvien ils se résolvent en de nombreux filaments, qui divergent à la manière d'un éventail pour se rendre à l'épine du pubis et dans la couche cellulo-adipeuse du mont de Vénus et des grandes lèvres.

Dans cette partie, ils sont minces et parfois peuvent manquer soit par atrophie, soit par dégénérescence graisseuse.

Les ligaments ronds maintiennent la matrice en antéversion. C'est leur rôle essentiel.

On a discuté ce rôle des ligaments ronds dans la fixation de l'utérus, mais il existe des constatations faites par Spiegelberg (1) (en 1884) qu'il expose dans ses observations sur une femme suppliciée, chez laquelle il a constaté que la contraction des fibres lisses des ligaments ronds était capable d'attirer l'utérus en avant. Cette constatation était faite de la manière suivante : « Sous l'influence d'un courant

1. Thèse de Fumey, 1900, p. 62.

induit passant au travers l'utérus, cet organe, dont le fond touchait le sacrum, s'est soulevé, il s'est placé perpendiculairement dans le bassin, alors les ligaments ronds se tendirent et attirèrent l'utérus en avant. »

En outre des ligaments qui sont les moyens de suspension de l'utérus il faut encore mentionner le moyen de soutènement de l'utérus : C'est une vaste aponévrose désignée par P. Delbet sous le nom d'aponévrose sacro-recto-génito-pubienne et dont les ligaments utéro-sacrés n'est qu'une partie renforcée, comme nous l'avons dit plus haut, et le releveur anal.

A propos des ligaments ronds, P. Delbet ajoute : « A cela il faut ajouter les ligaments ronds auxquels on n'attache pas assez d'importance en général ; ces ligaments sont beaucoup plus résistants qu'il est nécessaire pour agir sur l'utérus ; en outre, ils sont formés de fibres musculaires. Ce sont eux peut-être qui ramènent en avant le fond de l'utérus quand la vessie est vide ».

Donc, nous voyons que leur résistance est suffisante pour qu'il soit possible au cours de l'opération de raccourcissement faite par le procédé Beck-Doléris, d'exercer sur les ligaments ronds les tractions destinées à produire le renversement en avant de l'utérus et aussi pour qu'ils puissent, d'autre part, supporter sans céder le poids de l'utérus placé en antéversion.

Donc, à l'état physiologique, à l'état normal, l'uté-

rus peut se placer transitoirement tantôt en avant, tantôt en arrière. Que l'un de ces déplacements, au lieu d'être transitoire devienne permanent, donc pathologique, on a une déviation de l'utérus en avant : antéversion, ou en arrière : rétroversion.

Les rétrodéviations utérines sont assez fréquentes ; dans sa statistique, Sänger rapporte sur 700 malades 108 cas de rétrodéviations.

Winkel qui en a observé donne une moyenne de 19,10 pour 100 malades ;

Lœnlhein de 18 o/o.

Vedeler, qui a réuni les observations de 3.000 femmes est arrivée à une moyenne de 18 o/o ; P. Delbet, dans *le Traité de Chirurgie* donne encore une moyenne plus considérable, s'élevant à 25,7 o/o.

Sur 118 cas gynécologiques observés à la Charité, Frænkel, au Congrès de Berlin, donnait 936 rétrodéviations sur 5.180 malades observés.

La position vicieuse de l'utérus, quand son axe forme une angle ouvert en arrière, le fond de l'isthme utérin tantôt se plaçant dans le cul-de-sac de Douglas, se coudant au niveau de l'isthme ou entraînant le col avec lui peut être due à beaucoup de causes.

Au point de vue clinique on peut subdiviser les rétrodéviations utérines en trois catégories :

1° Les rétrodéviations mobiles ;

2° Les rétrodéviations adhérentes ;

3° Les rétrodéviations complexes.

Les rétrodéviations utérines peuvent être *congénitales*. Martin en donne 8 cas où il a observé l'arrêt

de développement du corps de l'utérus ; le corps utérin et le col restent dans l'axe du vagin.

Dans la plupart des cas le corps de l'utérus bascule en arrière sous l'influence de nombreuses conditions ; les deux principales sont :

1° La puerpéralité ;

2° Les inflammations péri-utérines.

La rétrodéviation *acquise* évolue lentement, en donnant des symptômes morbides, qui font des femmes de véritables infirmes ; elle peut se produire grâce au relâchement du périnée. Ce relâchement du périnée s'observe surtout après l'accouchement ; les ligaments ronds, larges et utéro-sacrés sont affaiblis, l'utérus au contraire est gros, congestionné, étant mal soutenu, il se porte en arrière en formant une *rétrodéviation mobile*, il n'y a pas de phénomènes inflammatoires, il n'y a pas de formation d'adhérences et c'est à ce moment que les « moyens de douceur » sont applicables pour remettre l'utérus dans sa position normale.

Si aux lésions traumatiques consécutives à l'accouchement et aux avortements s'ajoute l'inflammation du péritoine qui recouvre l'utérus, il y a formation de brides fibreuses, filamenteuses qui enchaînent en arrière la matrice qui, dans la plupart des cas, est atteinte de métrite parenchymateuse.

Les annexes sont enflammés et tombent dans le cul-de-sac de Douglas en déterminant des phénomènes douloureux, et en augmentant encore la

rétroflexion utérine parce qu'ils deviennent adhérents eux-mêmes.

C'est de cette façon que se constituent les *rétrodéviations adhérentes.*

Doléris, en 1888, a proposé encore un terme : celui de *rétro-déviation complexe.* Ce sont des cas où la rétroflexion est le premier pas du prolapsus utéro-vaginal.

Par suite d'affaiblissement des ligaments, par suite de déchirures multiples du périnée, l'utérus poussé par la pression abdominale se met tout d'abord dans l'axe du vagin, il est encore « dans la position indifférente », mais bientôt sous l'influence de poussées inflammatoires, de grossesses, n'étant plus maintenu par les ligaments ronds, qui sont atteints d'atrophie, l'utérus bascule en arrière, la rétroflexion est formée ; la paroi antérieure du vagin ne tarde pas à glisser en avant et en dehors entraînant avec elle la paroi vésicale : la cystocèle est formée. La rectocèle se forme plus tard, dans les cas de rétro-déviations plus anciennes.

Ces cas où les rétroversions et les rétroflexions utérines se compliquent de prolapsus, sont *des rétro-déviations complexes.* Richelot a insisté encore sur les rétro-déviations de cause neuro-arthritique.

Ces femmes seraient des arthritiques nerveuses, qui auraient tendance à faire du relâchement de leur tissu fibreux. Ici, sans lésions inflammatoires, sans traumatisme d'accouchements, l'utérus se congestionne, les ligaments s'affaiblissent et la rétro-

déviation lentement se constitue. Cette position vicieuse de la matrice cause des troubles graves de l'organisme, la stérilité, et prédispose les femmes enceintes à une complication assez souvent observée, qui est « l'incarcération de l'utérus gravide ».

Symptomes

Le début est toujours lent ; exceptionnellement, on a signalé un début brusque à la suite d'une chute ou d'un effort violent ; alors ce sont des symptômes de métrite aiguë, de cystite, de ténesme violent qui ouvrent la scène. Ici la réduction bimanuelle faite instantanément peut arrêter tous les phénomènes douloureux.

Dans la forme acquise, ce sont tout d'abord des phénomènes douloureux qui apparaissent, ce sont des douleurs dans le bas-ventre, dans la région lombaire, au périnée, de la coccycodynie, du ténesme, de la dysurie. La constipation est parfois opiniâtre. Les troubles de la menstruation sont très fréquents. Les règles durent longtemps et peuvent même anémier la femme. La leucorrhée est abondante, caractérisée par un écoulement blanc. La simple remise en place de l'utérus fait disparaître cet écoulement.

La céphalalgie, la gastralgie, la toux quinteuse, l'aphonie, la chorée, l'hystéro-épilepsie, des névralgies diverses ont été notées. Tout cet ensemble constitue le « syndrome utérin » qui se manifeste surtout

chez les femmes neuro-arthritiques. Les femmes sont souvent stériles, mais si elles deviennent enceintes, deux choses peuvent s'observer : ou l'évolution de la grossesse ramène l'utérus en haut et en avant, et aucun accident particulier ne révèle l'affection, ou au contraire des phénomènes graves peuvent éclater.

Ce sont deux symptômes qui dominent la scène :

1° La rétention d'urine ;

2° L'obstruction intestinale.

L'utérus arrivé au quatrième mois, enclavé dans le petit bassin, comprime en arrière le rectum, en avant la vessie. Si cet état de choses continue, la femme peut mourir par occlusion intestinale, ou avoir une cystite gangreneuse, avortement, péritonite.

Dans ces cas, il faut évacuer la vessie, le rectum, et essayer le redressement manuel par la voie rectale.

Si la rétro-déviation devient partielle, on a « l'utérus sacciforme », alors l'accouchement devient très compliqué ou il y a avortement.

La rétroversion flexion, étant une lésion incurable par elle-même, donnant des douleurs vives aux malades, déterminant chez elles des troubles nerveux parfois très graves et d'autre part étant une cause de complications sérieuses au cours de l'accouchement, doit être traitée le plus tôt possible et de la façon la plus efficace.

Maintenant, quels sont les éléments du diagnostic?

Diagnostic

Le diagnostic des rétro-déviations est généralement très facile.

C'est à l'examen bimanuel qu'on demande les éléments, après avoir vidé la vessie et le rectum, ces deux conditions sont indispensables pour poser le diagnostic exact.

La femme étant dans la position gynécologique, on explore tout d'abord le cul-de-sac antérieur. Le doigt vaginal va à la recherche du col et alors en cas de rétroversion, le col est situé très haut, tandis que la main abdominale constate l'absence du corps utérin, en avant. Alors on ramène le doigt dans le cul-de-sac postérieur et ici on sent le corps utérin ; dans le cas de rétroversion le corps utérin se prolonge sans angle de flexion avec le col, qui est situé très haut vers la symphyse pubienne ; dans le cas de rétroflexion, au contraire, il y a une coudure du corps sur le col et tandis qu'on sent en arrière une tumeur lisse et arrondie : le corps utérin, le doigt apprécie un sillon profond qui sépare le col utérin du col.

Les fibromes de la face postérieure de l'utérus, les annexes prolabées peuvent induire en erreur.

Dans le cas de rétro-déviation, Le Dentu donne un signe distinctif, c'est la « crête médiane postérieure » du corps utérin qui fixe le diagnostic, si elle est sentie.

Dans le cas de fibrome, par le cathétérisme utérin on se rend compte que la direction de la matrice est normale, le corps utérin est en avant et enfin il n'y a pas de continuité entre la tumeur sentie en arrière et le col.

Parfois on arrive à mobiliser ce fibrome, alors on a la sensation d'un corps surajouté au corps utérin lui-même.

Les annexes prolabées seront diagnostiquées par une douleur exquise réveillée à ce niveau et même, quand le cas est délicat, on pourra toujours affirmer qu'il ne s'agit pas de la rétro-déviation, étant donné la direction normale de l'utérus et la présence du corps utérin en avant au lieu d'être dans le cul-de-sac de Douglas.

Les chirurgiens, de tous les temps, se sont préoccupés de trouver les moyens de traitement pouvant satisfaire aux conditions suivantes:

1° *Réduire l'axe utérin*, en mettant l'utérus en antéversion : sa position normale ;

2° *Le procédé doit être efficace et physiologique*

3° Ne pas causer de préjudice à la femme, ni dans le présent ni dans l'avenir.

Examinons les interventions qui ont été tour à tour proposées et voyons si elles répondent à ces conditions. Tous les procédés opératoires peuvent être subdivisés en interventions non sanglantes ou « moyens de douceur » et interventions sanglantes.

INTERVENTIONS NON SANGLANTES

1° Réduction par la position génu-pectorale ;
2° Réduction bimanuelle ;
3° Réduction par la sonde.

Réduction par la position génu-pectorale

La correction de l'attitude vicieuse peut être faite d'une façon en quelque sorte anatomique. Quand on place la malade dans la position génu-cubitale ou génu-pectorale, les jambes légèrement écartées et la fourchette déprimée de façon à permettre l'air d'entrer dans le vagin, alors les viscères abdominaux se déplacent vers la concavité du diaphragme et l'utérus en rétrodéviation mobile reprend sa position naturelle.

Sœlger, en 1873, à proposé de déprimer fortement la paroi vaginale postérieure et le périnée par une valve, ainsi on facilite la rentrée de l'air dans le vagin et par sa pression la réduction de l'utérus.

Courty, qui a désigné cette manœuvre sous le nom « de reposition spontanée aérienne », la préconise comme un moyen de gymnastique précieux que

toute femme peut exécuter pendant quelques instants.

Tarnier aussi conseille cette « attitude de la prière mahométane » dans les cas de rétrodéviations mobiles.

Ces manœuvres peuvent réussir dans les cas où la rétrodéviation est excessivement mobile, ou plutôt dans le cas de rétroflexions non adhérentes où le corps utérin peut être basculé en avant par cette gymnastique quotidienne. Mais dans ces cas la réduction bimanuelle suffit pour replacer l'utérus en bonne position, plus vite et d'une manière plus sûre.

Réduction bimanuelle

La réduction bimanuelle était préconisée par Schultze (*Déviations utérines*, p. 281). Cette méthode peut être résumée de la façon suivante :

Après avoir placé la femme dans la position de Sims ou sur le dos, près du bord d'une table, l'index et le médius sont introduits dans le vagin, dans certains cas dans le rectum ; une pression lente et douce repousse le corps de l'utérus en haut vers le promontoire ; au moment où il dépasse l'entrée du bassin, la main droite déprime la paroi abdominale entre l'ombilic et le pubis et reçoit le fond de l'organe qu'elle ramène en avant, pendant que les doigts vaginaux exercent sur la lèvre antérieure du col une pression en haut et en arrière. En cas de résistance

trop considérable, l'utérus étant enclavé dans le cul-de-sac de Douglas sans être adhérent, Schultze conseille de ne pas insister et de recommencer la tentative sous le chloroforme.

Cette méthode, qui peut être essayée, est aveugle et doit être complètement délaissée dans les cas où il y a rétrodéviation adhérente : on s'expose à avoir des déchirures ou des épanchements, qui peuvent passer inaperçus les premiers moments, puis donner des accidents graves.

Treub (1) rapporte une observation où il cite un cas de déchirure du vagin, en essayant seize jours *post-partum* de réduire manuellement un utérus rétrofléchi, il rompit le cul-de-sac postérieur; les anses intestinales vinrent prolaber dans le vagin, on fit un tamponnement et la malade guérit.

Donc, cette méthode peut être essayée dans les cas de rétrodéviations parfaitement mobiles, sinon on s'expose à avoir des accidents très sérieux.

Réduction par la sonde

Schultze a préconisé cette technique quand il existe des adhérences résistantes. La manœuvre est la suivante : on fixe au moyen d'une pince, si c'est nécessaire, le col utérin, on introduit d'avant en arrière un hystéromètre à bout un peu volumineux et courbé de telle façon que sa concavité soit dirigée

1. Treub, Société de Gynécologie hollandaise, 1891.

en arrière et redresse tout d'abord lentement l'utérus de telle façon que le corps et le col sont alors dans l'axe l'un de l'autre, la rétroflexion est momentanément changée en rétroversion, le doigt étant placé sur la lèvre antérieure du col, on se rend compte de l'évolution que va effectuer la sonde, on imprime un mouvement de rotation du manche, qui ramène le bec de la sonde en avant, pour placer l'utérus en avant, on décrit un mouvement d'avant en arrière, en ramenant le manche de la sonde vers le sacrum.

La réduction obtenue d'une manière ou de l'autre, cela ne suffit pas, il faut maintenir cette réduction ; comme moyen de contention on peut alors employer les pessaires.

Les pessaires, qui datent du xv^e^ siècle, étaient appliqués et confectionnés par les femmes elles-mêmes pour le prolapsus utérin ; ils étaient en cire, en argent, en or, ayant les formes les plus diverses : elliptique, ovale, attachés ou non par les fils à la ceinture qui était adaptée à la paroi abdominale.

Parmi les pessaires on compte : les pessaires vagino-abdominaux. Le type de ce pessaire est celui de Courty, de Barnes, désigné encore sous le nom d'hystérophore ; ils sont tombés complètement en désuétude.

Les pessaires vaginaux à rétroversion qui ont ceci de commun qu'ils prennent leur point d'appui sur la partie antérieure du vagin et qu'ils agissent en arrière soit sur le cul-de-sac postérieur pour le soulever et entraîner avec lui le col, soit en même temps

sur le col pour le repousser directement en arrière, peuvent *être rigides*, comme le pessaire de Hodge construit en caoutchouc durci, de Smith et de Sims qui est fait en aluminium, ils peuvent être malléables, faits en celluloïde, en étain, comme celui de Schultze, Lantovsky qui ont la forme en 8 de chiffre ou en traîneau et qui peuvent être maniés d'après les dimensions du vagin ; les pessaires élastiques, ceux de Dumontpallier, de Courty.

Au lieu d'être simples, les pessaires peuvent être articulés avec plusieurs pièces, comme celui de Zwanke, en forme de papillon.

Entre lesquels choisir, comment les appliquer et quelle est leur influence sur la position de l'utérus ? Les plus employés sont ceux de Dumontpallier, de Hodge à double courbure et de Gaillard-Thomas. Les pessaires annulaires élastiques peuvent amener et contenir le redressement de l'axe utérin par la simple pression qu'ils exercent sur les parois vaginales. Les résultats obtenus avec eux sont très médiocres, on leur préfère le pessaire de Hodge qui est un anneau allongé rappelant un peu un rectangle aux angles mousses ; il a une double courbure et une encoche antérieure pour éviter la compression du méat urinaire. Le pessaire de Gaillard-Thomas est fait de même façon que celui de Hodge, mais son arc postérieur est augmenté d'épaisseur.

En général, il faut avoir un pessaire en aluminium, en caoutchouc ; il sera choisi de telle façon qu'il ne soit pas trop petit car il ne servirait à rien, ni trop

grand (il serait intolérable). Il faut savoir manier cet instrument d'après les dimensions et particularités de chaque vagin.

Une fois choisi, comment l'introduire ? Un pessaire de Hodge, celui qui est plus souvent employé, sera introduit de la façon suivante : la femme étant dans la position de Sims, l'utérus réduit maintenu par un aide, on déprime avec la main gauche le périnée, le pessaire enduit de vaseline est introduit obliquement dans le vagin, la grande courbure regardant en arrière parce qu'elle sera placée dans le cul-de-sac postérieur, la partie la plus droite devant s'appliquer sur la paroi vaginale antérieure. Le col doit se trouver au milieu de l'ouverture.

Le pessaire présenté de cette manière glisse jusqu'à ce qu'il soit arrêté par le col utérin, alors on le retourne ; ses deux branches sont parallèles à l'axe de l'utérus, l'index et le médius font passer le dossier du pessaire au-dessous du col, dans le cul-de-sac postérieur. Il est placé obliquement de haut en bas et d'arrière en avant. Il va attirer d'autant plus le col utérin en arrière, que la pression abdominale sera plus grande ; à chaque effort, le pessaire oscille et, refoulé par la pression abdominale sur un plan horizontal, il se place, par son extrémité supérieure, le plus en arrière en appuyant sur la paroi postérieure du vagin et en entraînant le col en arrière, du même coup le corps de l'utérus est transporté en avant.

Les pessaires en 8 de chiffre, en berceau, les pes-

saires intra-utérins ne sont pas de pratique courante et nous n'allons pas nous arrêter à leur description.

Les pessaires mis en place et bien choisis, ce qui est parfois difficile pour qui n'en a pas une pratique continuelle, ils faut qu'ils restent en place longtemps, un mois généralement ne suffit pas, trois, quatre, parfois un an ; ces pessaires doivent être étroitement surveillés ; une antisepsie rigoureuse doit être recommandée, des soins de propreté constante doivent être exigés. L'instrument doit être retiré tous les deux mois pour en assurer la propreté. Les malades s'y astreindront-elles ?

Il y a là un assujettissement prolongé qui se changera en un incontestable défaut pour certaines femmes, en impossibilité pour d'autres.

Les pessaires ont une action illusoire chez beaucoup de femmes. Ils irritent la muqueuse. provoquent une sécrétion abondante ; ils peuvent déterminer des ulcérations ; des perforations, très souvent ils s'y incrustent des sels calcaires, les pessaires oubliés peuvent amener la mort par cachexie en épuisant la malade par une suppuration continue et abondante.

Au point d'appui sur la paroi vaginale antérieure on a signalé la production d'un carcinome végétant.

Chez beaucoup de femmes, ayant un périnée déchiré ou affaibli, à la vulve béante, aux parois vaginales prolabées, le pessaire ne peut pas être indiqué parce que le point d'appui manque et que le pessaire dans ces conditions n'est plus utile.

Segond, à la Société de Chirurgie, le 27 mai 1889,

disait : « Les pessaires, si bien appliqués qu'il soient sont des hôtes plus ou moins gênants et leurs inconvénients ont une évidence particulière ».

Richelot déclare. « Le pessaire est un palliatif qui soulage, mais ne guérit pas, c'est un assujettissement ; une infirmité nouvelle qui remplace l'autre et il faut que la chirurgie soit bien timide ou bien mal installée pour retenir ce moyen d'un autre âge ». (1)

Comme moyens palliatifs on peut rappeler encore le massage, la ceinture abdominale, l'électricité.

La ceinture abdominale sera toujours d'une très grande utilité ; après l'opération chirurgicale, après la réduction simple, la ceinture maintenant le bas-ventre sera conseillée à la malade.

Le massage abdominal employé à l'étranger fut introduit par Thure Brandt ; il donne de très bons résultats à la condition de savoir le faire. Si non, c'est une arme dangereuse par les mouvements intempestifs au niveau des culs-de-sac latéraux au niveau des annexes ; on peut réveiller les anciennes lésions d'annexites, d'où la production des pelvi-péritonites et des péritonites.

Au lieu d'amener la décongestion de l'utérus, au contraire, le massage peut donner un coup de fouet à la métrite.

Tous ces procédés énumérés, qui tentent à réduire l'axe de l'utérus par les moyens de douceur, ne peuvent être apliqués que dans les cas où les rétrodévia-

1. Richelot, Société de Gynécologie. Séance du 6 avril.

tions sont mobiles, parfaitement mobiles. Mais ces moyens sont-ils efficaces ? Eh bien non, les récidives sont fréquemment observées, les inconvénients des pessaires sont parfois très sérieux.

Donc, si la femme refuse toute intervention sanglante, la rétrodéviation étant mobile, ces procédés peuvent être appliqués. Dans les cas de rétrodéviations complexes, ces procédés ne sont pas applicables sur le périnée affaibli, utérus prolabé et les parois vaginales descendues, on ne peut essayer ni pessaire ni massage ; ici il faut faire les opérations combinées qui étaient surtout préconisées par Doléris (1888) et que pratiquent la plupart des chirurgiens.

On refait le plancher périnéal, on ampute le col, hypertrophié dans la plupart des cas ; puis, une fois le plancher solide, on pratique l'hystéropexie abdominale, en ramenant l'utérus, par l'intermédiaire des ligaments ronds en avant. Cette technique opératoire donne de bons résultats. Dans les cas de rétrodéviations adhérentes sans prolapsus il faudrait recourir à des interventions sanglantes ; le meilleur procédé est celui de Doléris, qui consiste à faire *l'inclusion transpariétale du ligament rond, à travers le muscle grand droit, à quatre à cinq centimètres du bord interne de ce muscle.*

C'est cette technique opératoire que nous avons pu suivre, dans le service de notre maître, M. Arrou et dans celui de M. le Dr Fredet. Nous tâcherons de démontrer la supériorité de cette technique opératoire et les résultats excellents qu'elle donne. En se

basant sur un certain nombre d'observations recueillies dans le service de M. Fredet, nous tâcherons de démontrer que les résultats éloignés sont tout à fait satisfaisants.

INTERVENTIONS SANGLANTES

Les interventions sanglantes peuvent être subdivisées en deux groupes : dans les premiers on agit sur le corps utérin lui-même en le fixant soit à la paroi antérieure de l'abdomen, soit au vagin : on a la ventro-fixation et la vagino-fixation. Dans le second groupe, rentrent les opérations ligamenteuses : raccourcissement, fixations effectuées par la voie suspubienne, par la voie vaginale.

Donc, comme opération chirurgicales, nous avons :

1° L'hystéropexie abdominale :

a) Vagino-fixation ;

b) Ventro-fixation.

2° Ligamentopexie :

a) Raccourcissement des ligaments larges ;

b) Raccourcissement extra-abdominale des ligaments ronds ou l'opération d'Alguié ;

c) Raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds, ou l'opération de Beck-Doléris.

Passons en revue tous ces procédés opératoires et examinons quelle est leur action curative sur la position vicieuse de l'utérus et quelle est l'influence de

ces méthodes opératoires sur le développement de la matrice pendant la grossesse.

Vagino-fixation. — Colpo-hystéropexie

C'est Amussat (1) qui en 1850 a proposé dans les versions en avant ou en arrière de cautériser au fer rouge le côté opposé à la déviation, de manière à produire une bride cicatricielle qui pût basculer l'organe.

Richelot (2), en 1868, a proposé de souder le col à la partie postérieure du vagin.

Courty (3), en 1872, préconise de faire la cautérisation dans le sens d'inclinaison de l'organe, de telle façon « la bride cicatricielle en se retractant rapproche le col de la paroi du vagin en faisant basculer tout l'organe ».

En 1883, Herrik suture directement le col à la paroi vaginale postérieure. En 1885, Hunter décrit un procédé analogue.

La vagino-fixation à proprement parler fut exécutée la première fois par Rabenau en 1886, ce chirurgien eut le premier l'idée, après avoir ouvert le cul-de-sac vaginal antérieur, d'aller à la recherche de l'utérus et de le fixer à la paroi vaginale ; ce procédé fut suivi par Schmidt (de Cologne), par Frœn-

1. Amussat, Comptes rendus à l'Académie des Sciences, 1850.
2. Richelot, *Union médicale*, 1868, n° 58 et 59.
3. Courty, *Traité pratique des maladies de l'utérus*, p. 876.

kel mais fut vite abandonné et tombé dans l'oubli. C'est (1) Dürhssen 1890, et (2) Mackenrodt, 1895, par leur procédé de vagino-fixation du corps utérin, qui ont obtenu le plus de succès. Leur procédé est encore employé à l'étranger et même était préconisé par le Dentu et Pichevin qui l'ont modifié légèrement.

Procédé de vagino-fixation de Durhssen

Durhssen a préconisé successivement deux procédés. Dans le premier procédé, il incisa transversalement la paroi vaginale antérieure près de son insertion sur le col, puis décolla complètement la vessie de façon à mettre à nu la plus grande partie possible de la face antérieure de l'utérus.

L'utérus étant alors redressé par l'intermédiaire d'un hystéromètre, on passe transversalement à travers la paroi antérieure de l'utérus un fil temporaire destiné à abaisser le corps utérin.

Si la chose est nécessaire, on peut placer successivement au-dessus de ce premier fil un deuxième et un troisième fil abaisseur.

Il reste alors à placer les trois fils fixateurs de la façon suivante : le fil pénètre la face incisée du lambeau vaginal supérieur, près de son bord libre, le traverse dans son épaisseur et sur toute sa hauteur, puis

1. Dürhssen, *Centr. f. Gynec*, 1892.
2. Mackenrodt, *Berliner Klein. Wochenschrift*, 1894.

traverse la paroi utérine au niveau du fond de l'organe ; chaque fil a donc un trajet vertical : on le noue et on l'abandonne dans la plaie.

Les fils abaisseurs sont enlevés et on suture la plaie vaginale par un surjet au catgut.

Ultérieurement, par suite de vives critiques et de l'observation de dystocies graves, Durhssen a modifié sa technique opératoire.

Examinons le procédé de Mackenrodt, qui était effectué par la technique plus habile, et qui était suivi en France comme nous l'avons déjà dit.

Procédé de Mackenrodt publié en 1892

Cette technique diffère tout d'abord par son incision, qui au lieu d'être verticale est sagittale, l'auteur prétend avoir ainsi plus de jour, il commence par curetter et amputer le col, si cela est nécessaire, puis place deux valves latérales dans le vagin pour déplisser la paroi vaginale du cul-de-sac antérieur ; deux pinces de Museaux placées sur la lèvre antérieure du col abaissent l'utérus le plus possible.

La muqueuse vaginale est saisie par une autre pince à 1 centimètre en arrière du tubercule urétral et la pince fortement tirée en haut, tend cette muqueuse tandis qu'en abaissant le col, on tend la muqueuse, à l'autre extrémité. On fait une incision courbe allant d'un côté à l'autre du col et empiétant sur le tissu

utérin ; sur celui-ci on fait une autre incision, droite et longitudinale. Les deux lèvres de cette incision sont disséquées jusqu'à ce que la vessie apparaisse ; on cherche la vessie, préalablement remplie d'eau, on la décolle de la face antérieure de l'utérus jusqu'au cul-de-sac péritonéal, puis on la décolle du feuillet antérieur du cul-de-sac vésico-utérin. A ce moment on vide la vessie, laquelle est décollée en même temps que le péritoine de la face antérieure de l'utérus, on fixe l'utérus un peu au-dessus de la partie supérieure du col aux deux lambeaux vaginaux, après avoir introduit préalablement un hystéromètre dans la cavité utérine : telle est l'opération type de Mackenrodt. Mais étant donné les cas de récidive très souvent observés, ce chirurgien a adopté un second procédé qui était pire que le premier, parce que Mackenrodt ouvrait le cul-de-sac péritonéal, attirait l'utérus en dehors du péritoine et le fixait dans *toute sa hauteur*, de cette façon il paraît certes à la récidive, mais il y avait ici un danger grave au point de vue des grossesses ultérieures.

A l'étranger on emploie cette technique ; elle est suivie notamment par Anderet, Kreutzmann, tandis que Fritsch proscrit tout à fait cette technique opératoire.

En France, Fraisse s'élève contre cette opération, tandis que Le Dentu et Pichevin, après avoir longuement cherché sur les cadavres les meilleures incisions à faire, ont choisi la technique suivante :

Procédé de Pichevin — Le Dentu.

On fixe la muqueuse vaginale avec une pince tire-balle placée au-dessous du tubercule de la colonne antérieure du vagin. On place ensuite la pince hystéromètre qui fixe et redresse l'utérus. On fait l'incision sur le milieu de la paroi antérieure du vagin, les deux lambeaux sont décollés à droite et à gauche de la paroi vésicale, on décolle la vessie du col utérin, jusqu'à ce qu'on approche le fond de l'utérus. On passe de bas en haut, une série de fils sur la ligne médiane de l'utérus, dans le parenchyme, de façon à pouvoir abaisser en avant le corps de l'utérus. On ôte le pince hystéromètre, on décolle la vessie et on passe les fils fixateurs. Ces fils fixateurs (quatre ou cinq) traversent la paroi vaginale d'un côté, pénètrent dans l'utérus, sortent à une certaine distance du parenchyme et perforent, de dedans en dehors la lèvre opposée de l'incision médiane. Le premier fil est placé dans le muscle utérin, très haut. On serre les fils, les deux lèvres vaginales se rapprochent et l'utérus se trouve fixé et en contact intime avec elles. On a ainsi une cloison vagino-utérine très étendue.

Ce procédé de vagino-fixation est une opération qui est absolument à rejeter ; c'est un procédé aveugle, il fixe le fond utérin et, au point de vue des

grossesses ultérieures, cette technique expose à de graves accidents. La perforation de la vessie, la blessure des uretères ont été observées. Cette opération substitue à une position vicieuse la rétrodéviation, une autre qui est ici une antéversion absolument forcée ; elle peut exposer les malades aux accidents mortels.

Velde (1), en 1895, cite le cas d'une malade, âgée de trente-huit ans, chez laquelle il a observé la rupture utérine ; c'était une femme opérée par la vagino-fixation.

Strausmann (2), en 1895, note 6 cas de douleurs abdominales au niveau de la cicatrice, 27 o/o d'avortements, douleurs vésicales, troubles de la miction. Dans 2 cas, l'accouchement normal était impossible, on a fait pour le premier cas une version et la malade affaiblie succomba à une hémorragie ; dans le second cas, l'opération de Porro fut faite et la malade succomba par suite d'une hémorragie intra-péritonéale.

Rühl (3) en 1896 fait paraître une statistique portant sur 235 vagino-fixations, dont 12 ont été suivies de grossesses ; dans 3 cas, la version fut indispensable ; dans 2 cas, la cicatrice vaginale fut incisée et l'accouchement se termina par la craniotomie, d'une part et mort de l'enfant, d'autre part.

---

1. Velde, *Geslcheift der chaute vertz* in *Berlin Deutch méd.* Zeint. 1895.

2. Strausmann, *Ges. f. Gebunt and Gynek. Du Berlin*, 1895.

3. Rühl, *Centralblat für Gynek.*, 1896.

Küsthner (1) a noté pour 41 grossesses la vagino-fixation ayant tenu 18 avortements, 6 opérations donnant 2 mort-nés.

Rieck (2) note 6 cas de dystocies sur 20 cas d'accouchement. D'ailleurs, de 1895 jusqu'à 1903, on a pu retrouver 11 cas publiés de section césarienne nécessitée par une vagino-fixation antérieure.

C'est pour toutes ces raisons : la récidive, influence désastreuse sur la puerpéralité, que cette méthode opératoire est abandonnée par la plupart des chirurgiens. Dans les hystéropexies abdominales par le procédé de ventro-fixation, on fixe la paroi antérieure de la matrice à la paroi abdominale. Que va-t-il arriver pendant la grossesse ? L'ampliation régulière de l'utérus étant empêchée par les cicatrices utéro-pariétales, il y aura ou avortement, ou des accidents graves qui ont obligé de nombreux chirurgiens à recourir à la césarienne. Examinons cette technique opératoire.

Hystéropexie par le procédé de ventro-fixation

Kœberlé eut le premier l'idée d'opérer en agissant sur le corps utérin lui-même ; le 27 mars 1869, chez une femme présentant des symptômes d'occlusion interne produits par une rétroversion utérine, Kœ-

1. Küsthner, Congrès de Genève en 1896.
2. Rieck, *Mond. fur Geb. un. Gynek.* 1901.

berlé conçut l'idée d'aller, après laparotomie, lever l'obstacle au cours des matières, redresser l'utérus et le fixer à la paroi abdominale pour l'empêcher de retomber en arrière.

En 1875, Marion Sims exécuta la même opération, et ce n'est qu'à la suite de recherches dans la littérature, qu'il s'aperçut que Kœberlé l'avait devancé de dix ans.

Schrœder (1), en 1876, ayant à donner des soins à une malade atteinte de rétroflexion compliquée de chorée symptomatique et présentant aussi un petit kyste de l'ovaire, vit la rétroflexion et la chorée disparaître après l'exécution de la ventro-fixation et castration des ovaires.

Lawson Tait fit deux fois, en 1880, l'opération pour des rétroflexions très accusées et il note que la guérison s'est maintenue jusqu'en 1883. Kelly publia l'observation intéressante d'une rétroflexion guérie par l'ablation d'un ovaire et la fixation du pédicule à l'abdomen.

Sænger, dans un travail lu à la Société d'Obstétrique de Leipzig, le 16 mars 1891, publie 7 cas personnels. Klotz, Phelep, Schauta publient successivement des observations faites dans les cas de rétroflexion utérine, suivie ou non de la castration.

Czerny publie, en octobre 1884, 4 observations de ventro-fixation. Mais c'est Olshausen (2), qui

---

1. Schrœder, *Berl. klinisch. Woch.*, 1879.
2. Olshausen, *Cent. für Gynæk.*, 23 octobre 1886, n° 43.

systématise et publie son procédé appuyé par un certain nombre d'observations suivies de bons résultats. En France, c'est en 1881, le 13 mars, que la première ventro-fixation fut pratiquée par Terrier.

Le 17 octobre 1881, M. Pozzi communiquait à la Société de Chirurgie un cas de Picqué.

La ventro-fixation qui présente cet avantage d'être pratiquée à ciel ouvert et de permettre de se rendre compte de l'état des annexes et de les traiter en cas de besoin, peut être exécutée par deux procédés : fixation latérale et fixation médiane du corps utérin qui sont les plus importants parmi le grand nombre de ceux qui ont été décrits.

Procédé d'Olshausen-Sænger

Ici on fixe la partie latérale de l'utérus à la paroi abdominale symétriquement des deux côtés. Les sutures faites au crin de Florence sont au nombre de trois de chaque côté ; ces sutures comprennent la totalité de chaque lèvre de l'incision abdominale.

Procédé de Czerny

On fixe la face antérieure de l'utérus. Après avoir fait la laparotomie, on recherche et on dégage l'utérus ; s'il est entouré par des adhérences, on traite les annexes comme les altérations ovaro-salpingiennes l'exigent, le fond de l'utérus est saisi et soulevé, soit

avec les doigts,soit à l'aide d'une pince à deux dents.

L'utérus est amené à la partie inférieure de la plaie abdominale, un fil au catgut solide est passé à travers l'aponévrose, le péritoine de la lèvre gauche ou droite de l'incision abdominale.

Les téguments ne sont pas pris dans la suture. On noue les fils, on fait des sutures spéciales pour la fèrmeture de la paroi abdominale.

Procédé de Léopold

Est un peu différent, laparotomie médiane exécutée, l'utérus est maintenu suspendu et rapproché de la plaie abdominale ; on gratte la face antérieure de l'utérus légèrement avec le dos du bistouri, pour faciliter les adhérences. On passe un fil qui est destiné seulement à la peau, il n'est pas fixateur de l'utérus, puis on met trois fils fixateurs de l'utérus ; le premier fil qui doit appliquer l'utérus à la paroi abdominale, traverse toute l'épaisseur des tissus, peau comprise, à gauche de l'incision abdominale par exemple. L'aiguille entre dans le tissu utérin du côté gauche, chemine dans l'épaisseur du muscle, ressort sur un point similaire, de l'autre côté de la face antérieure,et va perforer la totalité de la paroi à droite de la plaie abdominale. Ce premier fil passé à la hauteur des ligaments ronds, le deuxième fil suit le même trajet intra-utérin à la hauteur des trompes, le troisième est placé à 1 centimètre environ au-dessus

du précédent, dans le muscle utérin. Ces fils fixateurs utérins sont enlevés au bout de quelques jours et dans ce but le chirurgien les noue au-dessus de la peau de la paroi abdominale, donc le point de fixation de la face utérine est appliqué au péritoine pariétal.

On ferme la paroi abdominale au-dessus de l'utérus par une suture pariétale à un étage.

Procédé de Terrier

M. Terrier, en France, a modifié le procédé de Czerny. Sa technique est la suivante :

Après avoir soulevé l'utérus à l'aide d'un fil de soie qui a été, au préalable, passé sur le fond de l'utérus, ce fil suspenseur sert à maintenir l'organe en haut et en avant et à faciliter le passage des fils fixateurs. Terrier passe trois fils de gros catgut, qui sont des fils fixateurs, de la façon suivante : le premier au niveau de la réunion du col et du corps, le second vers le milieu de la face antérieure du corps utérin, le troisième tout près du fond utérin, mais ces fils ne disparaissent pas entièrement dans le tissu utérin, pour sortir à droite ou à gauche de la face antérieure de l'utérus, au contraire. Terrier passe chaque fil dans l'utérus *en faufilant*. L'aiguille pénètre la paroi abdominale, à l'exception du tissu cellulaire et de la peau, puis elle pénètre, par exemple, sur le bord gauche de la face antérieure de

l'utérus, soit quelques millimètres plus loin sur un plan transversal, est introduite dans le muscle utérin à une petite distance, ressort, entre de nouveau jusqu'à ce qu'elle apparaisse sur le bord droit de la matrice, dans un point symétrique. Ce fil est passé dans la lèvre opposée de la plaie abdominale, sans prendre les téguments.

L'utérus est ainsi suspendu par plusieurs anses de fil, lesquelles une fois nouées constituent des sutures perdues, qui assurent la coaptation et l'adhérence de l'utérus au péritoine. Puis on fait la fermeture de la paroi abdominale : de la peau, du tissu cellulaire sous-cutané.

Tels sont les divers procédés par lesquels les chirurgiens tâchaient de remédier aux rétro-déviations utérines. Cette opération qui paraissait être efficace et bénigne au début est maintenant abandonnée, parce que dans la littérature médicale sont apparues des statistiques démontrant les accidents graves et souvent mortels imputables à l'opération.

Quels sont ces accidents ?

Tout d'abord, et c'est un accident très fréquent : douleurs au niveau des :

1° Adhérences utéro-pariétales ; ces douleurs sont dues aux tiraillements des adhérences ; leur intensité est variable et parfois ces douleurs sont intolérables pour les femmes

2° Interruption prématurée de le grossesse ; cet accident, signalé par un certain nombre d'auteurs constitue une démonstration.

Gottchalk (1), notamment, cite les observations suivantes : après deux avortements consécutifs à une ventro-fixation faite par le procédé de Czerny, il dilacère manuellement les adhérences et la grossesse suivante arrive à terme.

La statistique de Ch. Noble, chef de l'hôpital de Rensington à Philadelphie, publiée dans *l'American Journal of Obstetrics*, est plus instructive encore. Sur 231 cas de grossesse survenue après l'hystéropexie abdominale, 179 sont arrivés à terme, on a noté 23 avortements, *7 accouchements prématurés*, 15 délivrances artificielles, 5 versions, 10 opérations de Porro, *3 opérations césariennes*, 2 rétentions placentaires. En Europe, sur 175 cas de grossesse survenue après l'hystéropexie abdominale, ayant laissé libre le fond utérin, on observe les faits suivants : *17 avortements*, sept fois un travail prématuré, 2 extractions artificielles, 5 forceps, *3 césariennes*, 123 accouchements normaux. Parmi les 18 cas dans lesquels les chirurgiens durent intervenir, trois fois la mère succomba.

3° On a observé des présentations vicieuses du fœtus. C'est M. Pinard qui attire tout particulièrement l'attention à ce sujet, le fœtus reste très haut, les présentations vicieuses sont la conséquence de ce défaut d'accommodation, et dans son rapport en 1898 M. Pinard constate pour 6 grossesses : 2 présentations du sommet, 3 épaules et 1 siège.

---

1. Gottchalk, *Centralblatt fur Gynek.*, 1891.

4° Les dystocies pendant le travail peuvent être tellement sérieuses qu'on est obligé de recourir à la césarienne. Oui, dans son rapport, relève 12 cas.

Mutlænder (1) sur 54 cas recueillis, note onze fois l'intervention : 4 forceps, 2 césariennes, 4 versions et 1 extension.

Poltowik (2), après 20 ventro-fixations sur 3 grossesses, en observe une qui se termine par la césarienne.

Goubareff, dans *les Archives de tocologie*, publie une observation d'une femme ayant subi l'hystéropexie abdominale et devenue enceinte ; une opération césarienne avait été nécessaire pour délivrer cette femme.

Abel, dans *le Bulletin médical* en 1896, publie un cas où dans les mêmes conditions il dut pratiquer l'opération de Porro.

5° Les hémorragies post-puerpérales furent signalées. La rétraction utérine est imparfaite. A côté de 7 cas de rétention placentaire de la statistique de Noble, des hémorragies graves ont été signalées soit pendant, soit après la période de délivrance.

Dans l'observation de von Guérard, l'hémorragie fut maîtrisée, après laparatomie et destruction des adhérences utéro-pariétales.

6° Les ruptures utérines furent signalées par suite d'extractions faites dans les présentations vicieuses.

---

1. Mutlænder, cité par Wertheim, *Cent. für Gynec.*, 1896.
2. Delagénière, *Chirurgie de l'utérus*, p. 19.

Lamort cite la déclaration du professeur Gaulard, qui, dans des cas de ventro-fixation de l'utérus, pour empêcher les avortements était obligé de rompre les adhérences : « l'avortement, se fit deux fois coup sur coup, après ces deux avortements je rompis sous le chloroforme les liens de fixation, la malade conçut et porta sa grossesse à terme ».

Tels sont les accidents observés. Ils sont sous la dépendance des conditions anormales dans lesquelles se développe l'organe gestateur (1). Pozzi, en rapportant le mémoire de Bidone, écrit : « La mobilité est une condition essentielle du développement physiologique de l'utérus gravide et du fonctionnement physiologique de l'utérus parturient. La libre expansion de l'utérus hystéropexié est entravée par des adhérences fixatrices. Leur influence est fonction des trois facteurs : la solidité, l'étendue, le siège. Les fixations hautes qui immobilisent dans la région sus-pubienne le fond utérin, sont responsables des graves dystocies justiciables de l'opération césarienne. Elles entraînent une attitude vicieuse de l'utérus, un développement irrégulier de l'organe gestateur dont la paroi postérieure peut seule se développer librement.

Le mémoire de Bidone est à cet égard très suggestif. Sur 24 opérées par le procédé de fixation du fond de l'utérus :

6 sont devenues grosses ;

2 accouchèrent à terme ;

1. Pozzi, *Gynécologie*, p. 679.

1 fut hystérectomisée pour grossesse ectopique ,

1 dut subir deux fois l'opération césarienne et succomba ainsi que son enfant à la deuxième opération césarienne ;

1 dut subir l'opération césarienne (mère et enfant vivants) ;

1 fut laparatomisée par Pinzani aux environs de sept mois et demi (la situation du col et la présentation transversale du fœtus faisaient craindre une dystocie grave) : Pinzani détruit les adhérences qui s'étendaient sur quatre travers de doigt, l'utérus se redresse, le col reprend sa situation normale et la femme accouche à terme sans incidents d'un enfant vivant. »

En résumant toutes les observations citées par divers auteurs, on voit qu'ils furent obligés de faire 24 césariennes, presque toujours dans les cas suivants : pour faciliter l'accouchement, empêcher les avortements ; on note onze fois l'opération de Porro, 9 versions, 9 forceps ; la quantité d'avortements atteint 25 o/o.

Nous concluons avec Jacob qui déclare : « C'est une opération qui peut offrir des complications telles qu'elles doivent suffire pour la faire rejeter par tous le chirurgiens consciencieux ».

On a essayé de faire des hystéropexies abdominales sans ouverture du péritoine, cette idée est venue à Marion Sims en 1859, et plus tard Relly, en 1881. Ils refoulaient l'utérus contre la paroi abdominale avec des doigts et avec une aiguille munie d'un

fil, ils faisaient une suture utéro-pariétale, sans inciser l'abomen.

L'aiguille traverse d'avant en arrière la paroi abdominale à gauche de la ligne médiane, pénètre dans l'utérus et va sortir par la peau du côté droit de la ligne médiane, en perforant tous les tissus depuis le péritoine jusqu'à la peau. Carrera (1882) perfore les parois de l'utérus à l'aide d'une aiguille à tricoter en laissant l'instrument à demeure jusqu'à formation des adhérences.

Caneva repousse l'utérus contre la paroi abdominale à l'aide d'un hystéromètre. Il incise tous les tissus, sur la saillie produite par l'utérus, laissant le péritoine intact, et à travers la séreuse décollée il passe ses fils dans le tissu utérin. Voit, Assaky, Crespin, Kaltenbach suivent plus ou moins cette technique en apportant ces modifications, ils mettent la malade sur un plan incliné pour ne pas léser l'intestin.

Assaky de Budapesth emploie cette opération dans les cas de prolapsus seulement.

Ces procédés, absolument aveugles et dangereux, ont un intérêt seulement historique.

Examinons maintenant successivement les méthodes opératoires qui agissent sur *les moyens de suspension de l'utérus.*

Ligamentopexies

Fixations des ligaments larges

Le raccourcissement des ligaments larges par la voie abdominale était conseillé à l'étranger par Lawson, Tait et Imlack (du Mans). Dans l'opération de Tait, on plisse le bord supérieur et interne du ligament large, cette portion plissée est refoulée en arrière de l'utérus où elle est suturée au ligament large du côté opposé. Le ligament rond est pris dans cette suture.

Imlach, au contraire, conseille surtout d'agir sur le bord externe du ligament large et de ne pas toucher au ligament rond.

En France, Delagénière a repris et essayé de vulgariser en le modifiant légèrement le procédé de Lawson-Tait, mais ce procédé n'est jamais rentré dans la chirurgie courante.

On a essayé de fixer les ligaments larges à la paroi abdominale. Winiwarter, Byford, recommandent les manœuvres suivantes : ouverture de la cavité abdominale ; passage d'un fil dans le ligament large d'avant en arrière, au-dessous et à un centimètre du bord de l'utérus ; sortie du fil d'arrière en avant. Fixation des deux chefs à la paroi abdominale. Répétition de ces différents temps sur l'autre ligament.

Kochs à préconisé l'opération de raccourcissement

des ligaments larges par la voie vaginale. Comme, d'après lui, les lésions ligamenteuses portent sur la partie inférieure du ligament large, c'est ici qu'il faut agir pour réparer la position vicieuse ; dans ce but, on coupe la paroi vaginale antérieure, on incise le cul-de-sac vésico-utérin, on empiète de deux côtés sur le ligament large, à 2 centimètres du col on fait passer d'avant en arrière un fil dans l'épaisseur du ligament large ; ce fil ressort au ras du bord gauche du col. Puis un autre fil est introduit à droite du col, traverse le ligament large droit, est ramené d'arrière en avant à 2 centimètres plus loin.

Si on noue le fil ainsi passé du ligament gauche dans le ligament droit, au-devant du col, alors la partie interne des ligaments larges se portent au-devant de la paroi cervicale.

Ces divers procédés préconisés n'ont pas une grande signification dans les rétrodéviations utérines, pour relever l'utérus. Voilà ce qu'écrit (1) Landron à ce sujet : « Qu'en voulant agir sur les ligaments larges pour maintenir l'utérus réduit en antéversion, les auteurs se trompent absolument sur la destination physiologique de ces ligaments.

Si l'on considère en effet leur faiblesse relative, leur laxité et leur grande mobilité, on s'aperçoit qu'ils n'ont nullement pour but de contribuer à la fixité utérine. Les travaux de Mme Boivin, de Jarjavay et du professeur Farabeuf ont prouvé, au contraire,

1. Landron. Thèse de Paris, 1900.

que les ligaments larges servaient surtout de soutien aux deux grandes voies vasculaires qui aboutissent à l'utérus ou qui en partent ».

Les ligaments larges, ayant une direction transversale, pourraient peut être à la rigueur empêcher une déviation latérale ; ils ne pourraient en tout cas s'opposer efficacement à une chute de l'utérus en arrière, même après leur raccourcissement pratiqué suivant la méthode de Lawson-Tait.

On a encore proposé de raccourcir les ligaments utéro-sacrés ; ce raccourcissement peut être fait par la voie abdominale, opération exécutée en 1899 par Kelly et (1) Frommel d'Erlanger, ou par la voie vaginale, opération exécutée par Gaillard, Thomas, Schultze, Freund, Sænger, Gottchalk.

Le raccourcissement des ligaments utéro-sacrés par la voie abdominale, est faite de la façon suivante : laparatomie ; recherche des ligaments utéro-sacrés, un fil est passé au ras de l'insertion ligamenteuse à l'utérus, puis l'aiguille s'enfonce sous le péritoine, dans les parties latérales du bassin, sur le rectum, sur le cul-de-sac de Douglas à une hauteur variable, d'autant plus grande, que le raccourcissement est plus considérable.

Gotchalk exécute un procédé par lequel il attire en haut et en arrière le col utérin de façon à porter en haut et en avant le fond de la matrice.

Ces procédés ne donnent qu'une fixation tempo-

---

1. Fromel. Congrès de Gynek., all. Frebourg, 1889.

raire et peu solide, et, par suite de la fixation utérine souvent très accusée, le fond de l'utérus n'est pas forcément attiré en avant quand on attire le col en arrière, ils ne suffisent pas à guérir des rétrodéviations.

Donc on ne peut pas les préconiser.

Raccourcissement des ligaments ronds par la voie extra-abdominale

C'est Alquié, professeur à la Faculté de Médecine de Montpellier, qui conçut le premier l'idée de remédier aux déplacements de l'utérus par le raccourcissement des ligaments ronds.

Il présenta à l'Académie de Médecine, le 17 novembre 1840, un mémoire sur la question, mais les difficultés, qui pourraient surgir dans la recherche des ligaments d'une part, la hardiesse de l'intervention d'autre part, firent que l'intervention proposée à cette époque par Alquié ne fut pas pratiquée et son mémoire tomba dans l'oubli.

Alexander (1) de Liverpool revint aux idées d'Alquié et pratiqua, le 1er décembre 1881, le raccourcissement des ligaments ronds et obtint un succès complet.

Quelques mois plus tard et sans connaître l'intervention d'Alexander Adam de Glascow (Méd. Journal, 1882) publiait en juin 1882 l'observation d'une

1. Alexander, *Med. Times and. Gaz.*, 1882.

femme chez laquelle, pour remédier à un ancien prolapsus, il tenta le raccourcissement des ligaments ronds.

Malheureusement, par suite des fortes adhérences au niveau du cul-de-sac de Douglas, l'utérus ne put être réduit et l'opération échoua.

En France, c'est Duplay qui exécuta le premier cette opération, on peut la résumer de la façon suivante :

L'opérée étant étendue au bord de la table, les mesures d'antisepsie habituelle étant prises ; on recherche tout d'abord les ligaments ronds. On commence, par exemple, du côté gauche. On détermine l'épine du pubis et on fait l'incision parallèlement à l'arcade de Falope, sur une longueur de 4 centimètres, et en profondeur on peut aller jusqu'à l'aponévrose du grand oblique qui, blanche, résistante, nacrée, est très facilement reconnaissable ; après avoir incisé ces plans, on prend une sonde cannelée, en dilacérant avec elle de haut en bas la toile celluleuse, on met à jour les piliers qui circonscrivent l'orifice inguinal externe ; ici, généralement, on trouve un peloton graisseux qui est un important point de repère sur lequel a insisté tout particulièrement Imlak (1).

Cette boule graisseuse est presque toujours constante, adhérente aux fibrilles terminales du ligament rond ; il suffit, le plus souvent, de la saisir largement

1. Imlak, *Edimb. med. Journ.*, 1885.

entre le pouce et l'index, de cette façon on attire le ligament rond sur une longueur de 3 ou 4 centimètres, jusqu'à ce qu'il apparaisse de forme cylindrique. A ce moment, on le fixe par une pince et on exécute la même manœuvre du côté opposé.

Puis, l'aide introduit jusqu'au fond de l'utérus un hystéromètre rigide, dont la courbe est dirigée en arrière ; l'aide opère la réduction de l'organe, jusqu'à ce que l'on sente par le palper sus-pubien, que le fond de l'utérus est bien au contact de la paroi. Les ligaments ronds sont alors extériorisés jusqu'à ce que la corne utérine apparaisse, c'est-à-dire sur une longueur de 12 centimètres. Ce temps opératoire est facile à exécuter, les ligaments ronds se dégagent très vite et très facilement ; alors on procède à la fermeture et à la fixation des ligaments ronds ; on met trois points de suture, chaque fil traverse successivement le pilier antérieur, le ligament par le milieu de son épaisseur, puis le pilier inférieur, l'anneau inguinal est soigneusement fermé, la peau est refermée par les crins de Florence. De nombreux chirurgiens ont modifié cette technique, dans le but de faciliter la recherche du ligament, qui est parfois rendue très difficile, parce que souvent le ligament dans son insertion extra-abdominale est très gracile, et, d'autre part, ils recherchaient le procédé pour rendre plus efficace la fixité du ligament afin d'éviter les récidives.

Casati de Rome fait une incision curviligne, réunissant les deux anneaux inguinaux ; il croise les

extrémités des ligaments excisés, et les fixe par une suture continue au catgut très profondément.

Duret (1) fait une incision parabolique, dont la convexité passe par les orifices inguinaux et les lignes divergentes sur le canal inguinal ; cette incision permet surtout chez les femmes à tissu débile et à ligaments grêles, de fixer ceux-ci en les nouant aussi bas qu'il semble nécessaire l'un à l'autre et en les suturant sur le pubis, pour bien assurer la solidité.

Puech (1887), Roux (1888), Edebohls (1890), Newmann en 1891, Chalot en 1892, modifient le procédé en faisant *toujours* une incision de 12 centimètres de la paroi antérieure du canal inguinal pour aller tout droit à la recherche du ligament rond.

C'est une opération bénigne, sauf de rares cas où on a observé des hernies au niveau de la cicatrice ; l'opération d'Alquié est une opération physiologique, fixe l'utérus en bonne position, n'influence nullement la grossesse.

P. Delbet, sur 213 cas, ne trouve aucun insuccès ; Stoker, en 1895, donne 22 raccourcissements de ligament rond pour l'utérus mobile et rapporte 22 guérisons.

Munde rapporte en 1896, sur 97 cas, 89 guérisons définitives.

Roux, sur 38 cas, note 38 guérisons et aucun accident.

En France, Pozzi, Terrillon, Trélat, Schwartz,

---

1. Duret, Soc. des sciences médic. de Lille, 1893.

assurent en avoir retiré des avantages réels dans les rétro-déviations facilement réductibles.

Harrington (1) réunit 140 cas provenant de 21 opérateurs et note une mort.

Donc c'est une opération, qui, par ces résultats immédiats, est tout à fait satisfaisante. Quelle est l'influence de cette opération sur les grossesses ultérieures? prédispose-t-elle aux accidents de la dystocie, oblige-t-elle les chirurgiens à intervenir au cours de l'accouchement ; est-on obligé de recourir à la césarienne ?

Eh bien, non ! Des statistiques très démonstratives que nous avons pu recueillir, il résulte que les accidents graves, sérieux, furent rarement constatés.

Le Dr Lucien (2), rapporte 12 observations de grossesse chez des femmes ayant subi l'opération d'Alquié ; 11 grossesses évoluèrent d'une façon tout à fait normale et aboutirent à terme.

Lamort (3) rapporte 6 observations de femmes, ayant subi l'opération d'Alquié et devenues enceintes, toutes arrivent très bien à terme et ont des grossesses normales.

Siegfried-Stocker (4) (Lucerne), sur 37 femmes, 10 ont eu des grossesses, dont 3 femmes deux fois, 9 femmes accouchèrent bien à terme, il note une

---

1. Harrington, *Boston med. and. Chir. Journ.*, 1886, p. 390.
2. Dr Lucien, Thèse de Nancy, 1896.
3. Lamort, Thèse de Bordeaux, 1897.
4. Siegfried, *Centr. fur Gynek*, 1876.

seule fois l'application du forceps ; alors qu'il s'agissait d'un bassin *justo-minor*.

Sur 10 femmes, 7 ont pu être examinées ; chez toutes, l'utérus était maintenu en bonne position.

Küsthner, au Congrès de Genève, apporte une statistique personnelle de 42 malades, revues au minimum trois mois après l'opération : 36 ont guéri, il y a eu 6 récidives, 5 grossesses toutes terminées par l'accouchement normal.

Sur une statistique de différents opérateurs portant sur 120 cas, il compte 27 grossesses. M. Doléris en 1888, dans *la Gynécologie*, donne une statistique de 88 malades qui sont tout à fait bien portantes après l'opération.

Figuéra (1) apporte encore 15 observations où l'opération à tout à fait réussi : sur ces 103 malades il a pu revoir 83 malades plus tard ; alors il constate 7 échecs, 7 opérées dont 3 multipares sont devenues enceintes, sans accident et sans récidive de la rétrodéviation.

En somme, cet auteur, dans sa thèse, nous donne un total de 1.120 cas, sur lesquels 395 ont été observés : trois cent vingt-deux fois le succès était complet ; vingt-neuf fois il note des échecs relatifs ; quarante-trois fois absolues et 3 cas de mort.

Si nous avons insisté sur toutes ces observations, c'est pour démontrer que la grossesse est devenue possible chez les femmes stériles ; cette grossesse

1. Figuéra, Thèse de Paris, 1902-1903.

dans la plupart des cas, a évolué tout à fait normalement, parce que la position de l'utérus reste normale, et que le développement n'est nullement gêné.

Les récidives sont rares L'opération d'Alquié paraît donc tout à fait satisfaisante quant aux résultats immédiats et quant aux résultats éloignés.

Mais malheureusement ce procédé opératoire ne peut être éxécuté dans tous les cas :

1° Dans la plupart des cas, chez les malades, on rencontre des lésions multiples ; la rétrodéviation mobile est une chose rare, presque toujours il y a une association morbide : de l'annexité unilatérale ou bilatérale, métrite, adhérences péri-utérines qui rendent la réduction par la sonde dangereuse et impossible.

2° L'opération d'Alquié oblige les chirurgiens à fixer l'utérus redressé par des moyens imparfaits. On utilise juste la portion externe : la partie la plus mince, la moins épaisse du ligament rond, et c'est pour cela que les récidives sont observées.

C'est pour ces raisons que le procédé de Doléris doit être préféré.

La laparotomie ne présente maintenant aucune gravité et le raccourcissement des ligaments ronds par la voie intra-abdominale permet de fixer l'utérus par la portion solide et résistante du ligament rond, permet d'explorer et traiter, au cas de besoin, les annexes malades.

Terrillon fait remarquer : « Je conclus, comme plusieurs de mes collègues, que l'opération d'Alexander

est une bonne opération dans les cas simples, qu'elle est mauvaise s'il y a de la métrite ou des adhérences ; si la réduction est difficile. »

Examinons le procédé de raccourcissement des ligaments ronds par la voie intra-abdominale et nous allons nous arrêter tout particulièrement sur le procédé de Doléris, ses résultats éloignés, parce que ces dernières années de vives critiques se sont élevées contre cette méthode opératoire.

Raccourcissement intra-abdominale des ligaments ronds

C'est Ruggi qui pratiqua pour la première fois cette opération, le 19 octobre 1886 ; après avoir réduit la rétrodéviation il fit la plicature de chacun des ligaments ronds.

Wyllie saisit un des ligaments ronds d'égale distance de la corne utérine et du pubis et l'attira en dehors par la plaie abdominale ; il gratta au niveau de la face antérieure et interne du pli fermé pour assurer à ce niveau la soudure de la portion du ligament rond repliée ; puis il termina l'opération en mettant de solides ligatures de soie autour du pli fermé ; le même procédé est employé du côté opposé. Il placa ensuite un pessaire de Sims. Mathew, Bock Polk exécutent la même méthode opératoire en la modifiant légèrement.

Le procédé de Mon profit est à peu près celui que

pratique Wyllie. Après avoir fait une incision sur la ligne médiane de dix à douze centimètres, la malade étant placée dans un plan incliné, l'auteur incise la peau, la ligne blanche aponévrotique et le péritoine ; à ce moment M. Montprofit place sa valve abdomino-vaginale pour avoir l'état des organes pelviens.

L'utérus rétro-dévié est alors ramené en antéversion normale, après la rupture des adhérences qui pouvaient l'immobiliser en position vicieuse, puis on s'occupe de traiter les annexes malades, en faisant une ablation partielle ou totale, s'il y a lieu ; les ligaments ronds sont raccourcis après de la façon suivante (1). Landron donne la description : « A l'aide d'une aiguille de Hagedorn montée sur un porte-aiguille et munie d'une soie moyenne, on traverse de dehors en dedans le repli péritonéal qui entoure le ligament rond, immédiatement au-dessous de ce dernier et tout près du point où ce ligament pénètre dans le canal inguinal, c'est-à-dire à sa partie externe ; la soie est ensuite passée de dedans en dehors, au-dessous de la partie interne du ligament et à 2 centimètres, en moyenne, de la corne utérine. »

Il est facile de se rendre compte qu'en nouant au-dessous du ligament les deux chefs du fil, on adossera les deux parties extrêmes du ligament rond. On forme ainsi une anse plus ou moins prononcée à convexité externe.

La même opération est répétée sur l'autre liga-

1. Landron, Thèse de Paris, 1900.

ment. La plaie abdominale est ensuite suturée par trois séries de sutures étagées à la soie.

Donc, comme on le voit, il n'y a pas ici d'avivement péritonéal, comme dans le procédé de Wyllie, puis Monprofit n'adosse pas, ne suture pas les deux branches de l'anse, enfin ne place pas le pessaire, se contentant de mettre dans le vagin un tampon de gaz iodoformée, qui est enlevé au bout d'une huitaine de jours, après avoir été renouvelé une ou deux fois, dans le cas où il y aurait des pertes utérines plus ou moins abondantes.

Procédé de Dudley et Marcel Badouin

Après l'incision large du ventre, on récline l'intestin par des compresses, on ramène l'utérus en position normale, celui-ci étant alors maintenu par un aide ; le chirurgien pratique sur la face antérieure de l'utérus et de chaque côté de la ligne médiane une bandelette d'avivement large d'environ 1 centimètre, partant du haut de la corne utérine et se dirigeant en bas et en dedans, pour se terminer en s'adossant à celle de l'autre côté, un peu au-dessus du cul-de-sac vésico-utérin. Après avoir fait un avivement de la surface utérine, Dudley incise le péritoine sur la saillie que ferment les ligaments ronds au niveau de leur partie interne, soulève les ligaments ronds en dehors de la plaie péritonéale et suture immédiatement cette plaie.

La portion des ligaments ronds dégagée est appliquée entre la surface d'avivement utérine. Un surjet assure le contact de ces surfaces.

Dudley (1) fait ensuite la suture l'un à l'autre de deux ligaments ronds par un ou plusieurs points de suture un peu au-dessus du cul-de-sac vésico-utérin, au niveau du point où ils sont contigus.

Marcel Badouin (2) modifie légèrement sa technique, il n'avive pas la surface antérieure de la matrice, mais isole soigneusement les ligaments ronds de leur revêtement péritonéal, qui sont plissés et suturés. D'après lui, perdre du temps pour l'avivement est tout à fait inutile, « c'est là une complication qui a le double inconvénient de ne servir à rien et d'allonger une opération qui doit être justement aussi simple et aussi rapide que possible ».

Procédé de Polk (1887)

Ici le chirurgien isole les ligaments ronds de la séreuse péritonéale sur une étendue de 4 centimètres, au niveau de leur partie moyenne, et referme par un surjet au catgut la séreuse au-dessous de la partie ligamenteuse dénudée ; ces ligaments sont adossés l'un à l'autre par des points séparés ou par un surjet et on a une sorte de cordelette qui raccourcit d'autant plus

---

1. Dudley, *Americ. Journal of Obstetrique*, décembre 1890.
2. Marcel Badouin, *Gazette des Hôpitaux*, 1890, p. 1329.

les ligaments ronds, que leur ligne d'adossement est plus grande.

Procédé de Mathew D. Mann

Décrit en 1895, ce procédé a pour but de raccourcir les ligaments ronds dans leur partie externe et interne.

L'utérus mis en antéversion est confié à un aide, on met une forcipressure sur le ligament rond dans sa partie moyenne et une dans sa partie externe ; le ligament rond est ainsi divisé en trois parties égales ; on raccourcit la partie interne par un fil qui traverse la corne utérine et la portion correspondante du ligament rond, la partie externe est raccourcie de la même manière, grâce à un fil qui passe d'une part en dedans de la pince à travers le ligament rond, d'autre part dans la paroi abdominale au niveau du point où le ligament rond pénètre dans le canal inguinal. La partie médiane reste intacte.

Toutes ces méthodes opératoires utilisent pour raccourcir le ligament rond son plissement avec ou sans accolement entre eux ou à la face antérieure de l'utérus; il nous faut examiner les méthodes opératoires, dans lesquelles on utilise *l'inclusion transpariétale* de ce ligament rond qui présente des avantages beaucoup plus considérables ; nous allons voir lesquels ; mais tout d'abord examinons cette méthode opératoire.

Procédé de Ch. Beck (de New-York) (1)

Il a décrit son procédé opératoire en 1897, qui peut être résumé de la façon suivante : la malade étant placée sur un plan incliné, on fait une laparotomie sus-pubienne ou médiane.

L'utérus après avoir été libéré de ses adhérences est ramené en position normale et les annexes sont traitées comme il convient ; l'auteur saisit avec une pince l'un des ligaments ronds à deux ou trois centimètres de l'utérus et isole sur une étendue de 8 centimètres ce ligament rond, de son revêtement séreux. La même manœuvre est exécutée du côté opposé.

Ces deux portions du ligament rond ainsi libérées, sont suturées par un sujet au catgut, on à une anse ligamenteuse dénudée qui est attirée dans la plaie abdominale, de manière qu'elle répond par ces deux extrémités aux deux extrémités de la plaie. Au-dessus d'elle on réunit successivement le péritoine pariétal et la couche musculo-aponévrotique de la paroi.

Ainsi donc se trouve extéririosée de la cavité abdominale une sorte d'anse, qui, au moment de la suture de la paroi, est traversée avec un ou plusieurs fils cutanés de manière à faire l'inclusion dans l'épaisseur même du derme. Grâce à cette opération, l'utérus se trouve solidement fixé en antéversion. Il

1. Ch. Beck, Congrès de Moscou, 1897.

existe un peu de latéroversion ; mais, d'après M. Beck, cela n'aurait aucune importance.

Procédé d'Olshausen-Sænger

D'après Delagenière (1) ce procédé serait antérieur à celui de Ch. Beck ; il diffère du précédent par les deux propriétés suivantes : le raccourcissement se ferait à la fois sur les deux ligaments et les sutures prendraient du côté de l'utérus non seulement les ligaments ronds, mais encore le bord interne du ligament large. Voici d'ailleurs le procédé indiqué par Delagenière : « L'aiguille est passée d'abord le long de l'utérus autour du ligament rond, puis elle est enfoncée à quelques centimètres en dehors dans la paroi abdominale, mais en dedans de l'artère épigastrique, dont on a reconnu la présence avec le doigt.

Les deux chefs du fil fixateur sont ainsi passés successivement à travers la paroi sur laquelle on les lie l'un à l'autre. Au-dessous du premier fil fixateur, on en place deux autres toujours à l'extrémité des anses utérines, à la naissance des ligaments ronds. La paroi abdominale est refermée ensuite comme d'habitude ».

Le procédé de Spinely est postérieur à ces deux précédents. Il fixe solidement l'utérus par l'intermédiaire des ligaments ronds réunis à un seul cordon, après les avoir dépouillés de leur séreuse

---

1. Délagenière, *Chirurgie de l'utérus*.

abdominale et après les avoir réséqués de 4 à 5 centimètres de longueur.

Tous ces procédés opératoires que nous mentionnons pour mémoire ramènent l'utérus en antéversion et ont donné des résultats assez médiocres ; les récidives de la rétrodéviation furent signalées à plusieurs reprises ; tandis que le procédé qui a été décrit par Doléris et exécuté le 27 janvier 1897 présente une supériorité notable :

1° Simplicité d'exécution ;

2° Fixation de la rétrodéviation en bonne position.

3° Résultats éloignés excellents.

PROCÉDÉ DE DOLÉRIS

D'après Fumey (1), on peut décrire la manière opératoire de la façon suivante :

Premier temps. — Ouverture de l'abdomen.

Deuxième temps. — Reconnaissance et saisie des ligaments ronds.

Troisième temps. — Fixation des ligaments ronds dans l'angle inférieur de la plaie. Fermeture de l'abdomen.

Premier temps. — Ouverture de l'abdomen.

La malade étant anesthésiée et les précautions d'usage étant prises, on fait sur la ligne médiane une incision de 8 à 10 centimètres, qui partie de la moyenne du pubis se dirige verticalement en haut vers la partie moyenne de l'ombilic. La peau, le tissu cellulaire de la ligne blanche très épaisse et très résistante à ce niveau et le péritoine sont successivement incisés.

Deuxième temps. — Reconnaissance et libération de l'utérus.

Pendant qu'un aide écarte vigoureusement les

1. Fumey, Thèse de Paris, 1899.

lèvres de la plaie et qu'un autre relève soigneusement la masse intestinale, qui se récline d'elle-même, si l'on a préalablement placé la malade dans la position de Trendelenburg, le chirurgien introduit la main ou simplement l'index et le médius dans le cul-de-sac de Douglas. Le fond de l'utérus étant reconnu et les adhérences détruites, on ramène la matrice en antéversion normale en la saisissant au moyen d'une pince tire-balle et on traite les annexes, quand elles sont malades, comme il convient.

Troisième temps. — Reconnaissance et saisie des ligaments ronds.

Les ligaments ronds ne sont facilement reconnus qu'à 4 ou 5 centimètres de l'utérus, car auparavant leurs fibres sont constituées par un cordon unique, blanchâtre nettement saillant sous la séreuse péritonéale, et aisément appréciable. C'est en ce point que le chirurgien doit les saisir afin de les attirer au dehors. Pour cela, après les avoir reconnus, après s'être assuré en particulier qu'il ne s'agit pas des trompes, faciles à distinguer par leur élargissement au niveau du pavillon et leur situation plus particulière, il passe au dessous de chacun d'eux au moyen d'une aiguille courbe, une anse de fil fort de soie et de catgut; grâce à cette anse, les ligaments ronds sont facilement attirés en dehors de l'abdomen et accolés, pour ainsi dire, à l'angle inférieur de l'incision abdominale. La portion externe du ligament rond habituellement très atrophiée dans les rétro-déviations utérines, se trouve ainsi notablement raccourcie;

s'il est nécessaire, on peut encore le raccourcir davantage par résection d'une plus ou moins grande partie de sa longueur.

Quatrième temps. — Fixation des ligaments ronds dans l'angle inférieur de la plaie. Fermeture de l'abdomen.

Le chirurgien commence tout d'abord par fixer solidement, au moyen de deux ou trois gros catguts, traversant à la fois les parties fibreuses et les ligaments ronds. L'ouverture péritonéale est fermée par un surjet ou par des points séparés traversant inférieurement les ligaments. Enfin, on place les crins cutanés.

« De cette façon, dit Fumey, on a substitué à l'insertion inguino-pubienne des ligaments ronds devenus insuffisants par les tiraillements prolongés qu'ils ont subis, une insertion solide, capable de maintenir l'utérus en bonne position. »

En 1900, Hivet a décrit un procédé de Doléris qui présente quelques heureuses modifications.

La laparotomie médiane est faite comme d'habitude : la peau, le tissu cellulaire, le plan musculo-aponévrotique sont incisés, sans avoir touché la ligne blanche dans la partie inférieure, juste 2 ou 3 centimètres au-dessus du pubis. Après avoir reconnu et libéré les ligaments ronds, on réduit l'utérus qui est maintenu par un aide en antéversion, les ligaments ronds sont alors saisis. M. Doléris pratique au moyen du bistouri, de chaque côté de la ligne médiane, et au niveau de la bandelette qu'il a laissée

intentionnellement, un petit orifice traversant à la fois le péritoine, les muscles et leur aponévrose.

Cet orifice est juste suffisant pour permettre de chaque côté le passage du ligament rond correspondant soulevé par un catgut ou un fil de soie, alors à ce moment, on accole solidement l'une à l'autre au moyen de deux ou trois catguts les anses ligamenteuses passées à travers les orifices fibreux. On suture les plans par plan comme d'habitude par un surjet à catgut et le plan cutané par les crins. « Par leur accolement, dit Hivet, intime l'un à l'autre au devant d'un solide pont fibreux très résistant auquel ils se trouvent tous amarrés très solidement par leur inclusion dans le derme, les ligaments ronds se trouvent solidement fixés. »

Cette inclusion transpariétale des ligaments ronds est supérieure à la simple plicature des ligaments ronds (méthode de Wyllie, Monprofit, etc.), parce qu'elle utilise la seule portion solide du ligament rond qui est sa portion interne, ensuite parce que l'insertion inguino-pubienne qui est impuissante est remplacée par une insertion très solide, parce que le principal point d'appui de cette insertion est la ligne blanche très résistante et solide en ce point.

Telle est la technique préconisée et suivie par M. Doléris, qui jusqu'à présent n'a pas donné d'échecs. MM. Arrou, Fredet, Gosset se rallient à cette méthode opératoire et enregistrent seulement de bons résultats (1).

1. Gosset, *Journal de Chirurgie*, 1912, t. IX, p. 686.

Gosset s'exprime de la façon suivante :

« Dans la rétro-déviation utérine, toute méthode opératoire qui ne comporte pas l'ouverture du péritoine doit être résolument rejetée et cela pour une série de raisons.

Aux anciens arguments : impossibilité, sans l'ouverture du péritoine, de constater l'état de l'utérus et des annexes, de libérer les adhérences, de faire en somme, un travail rationnel *sous le contrôle de la vue*, s'ajoute un argument nouveau d'une grande valeur : la nécessité d'enlever l'appendice à toutes les femmes malades auxquelles on pratique une intervention sur les organes pelviens. Or, parmi les procédés dans lesquels on ouvre le péritoine et qui sont, de ce fait, les seuls à conserver, notre préférence va, sans conteste, au procédé Doléris.

Le procédé de Doléris est basé sur le fait anatomo-pathologique suivant : dans toute rétro-déviation surtout dans les cas anciens, on constate une élongation avec atrophie plus ou moins marquée d'un et le plus souvent de deux ligaments ronds. Mais quel que soit le degré de cette atrophie, il persiste presque toujours (18 fois sur 20 d'après nos constatations opératoires) une portion du ligament rond, qui reste épaisse et résistante, c'est le segment juxta-utérin du ligament, dans une étendue de 4 à 5 centimètres.

Or, si les procédés qui n'ouvrent pas le péritoine sont tous à rejeter par suite des raisons invoquées plus haut, ils le sont *a fortiori*, parce qu'ils utilisent

le ligament rond même dans ces portions atrophiées.

Semblable reproche pourrait s'adresser à certains procédés péritonéaux. Ce qui fait la valeur du procédé de Doléris, c'est qu'il utilise la portion restée solide des ligaments ronds. M. Gosset constate que c'est une opération « des plus bénignes, sans aucune gravité ». Il enregistre 53 cas où ces malades n'ont eu « ni accident, ni incident ».

M. Fredet opère ces malades de la façon suivante :

Premier temps. — Ouverture de l'abdomen.

La malade étant mise sur le plan incliné, en position de Trendelenburg très accentuée, on fait une incision longitudinale médiane, entre l'ombilic et le pubis. Généralement l'incision cutanée de trois travers de doigt suffit. Puis on incise l'aponévrose et le péritoine. On met deux écarteurs d'Hartmann et on écarte fortement les bords de la plaie, pour se donner du jour.

Deuxième temps. — Saisie des ligaments ronds et redressement de l'utérus (éventuellement on fait l'appendicectomie).

Quand l'utérus n'est pas adhérent, ou si les adhérences existent, on les détruit avec un doigt ou un tampon monté, on redresse cet organe et on le ramène en antéversion normale au moyen des ligaments ronds.

On saisit chacun des deux ligaments ronds là ou ils sont visibles, c'est-à-dire près de l'orifice profond du trajet inguinal et on le soulève ; avec une seconde pince on saisit le ligament plus près de la

corne utérine et ainsi de suite jusqu'à ce que l'utérus soit redressé ; le ligament est saisi en bonne place avec une pince de Kocher, longue.

A ce moment on fait s'il y a lieu l'appendicectomie qui est le temps délicat de l'opération, parce qu'il est difficile d'amener l'appendice et de le traiter convenablement par cette incision médiane, étroite.

Troisième temps. — Fixation transpariétale des ligaments ronds. — Fermeture de l'abdomen.

De chaque côté, aussi loin que possible des lèvres de la plaie,on fait une petite boutonnière pour le passage des ligaments ronds. On procède de la manière suivante : tout d'abord on immobilise par une pince l'aponévrose antérieure, par une autre pince le péritoine.

Une pince de Kocher fermée ponctionne alors la paroi abdominale dans toute son épaisseur, le chirurgien donne un coup sec: « *coup d'épée* ».Les mors de la pince sont ouverts dans l'abdomen et saisissent le ligament rond présenté au moyen de la pince longuette, on l'entraîne à travers la paroi. L'anse ligamenteuse est immobilisée par une pince Kocher transversale.

On suture ensuite le péritoine par un surjet au catgut, les aponévroses antérieures.

Les deux anses ligamenteuses sont réunies par un fil de lin double ou par des crins, sur la ligne médiane. On fixe les ligaments ronds à l'aponévrose antérieure par des fils de lin doubles.

La peau est suturée par des crins.

Ce procédé de Doléris est infiniment supérieur à tous les procédés opératoires précédemment décrits, parce qu'il présente des avantages sur ces méthodes, sans en avoir les inconvénients.

En effet, comme hystéropexie abdominale, le raccourcissement des ligaments ronds, par la voie intra-abdominale a l'avantage d'être une opération à ciel ouvert, qui permet de se rendre un compte exact de l'état des annexes, dont le diagnostic clinique est quelquefois malaisé.

En revanche, elle n'a pas comme la ventro-fixation l'inconvénient d'exposer aux tiraillements douloureux consécutifs à l'étranglement intestinal, à l'avortement, aux présentations vicieuses et dystocies.

A ce point de vue le procédé de Doléris présente les mêmes avantages que l'opération d'Alquié, dont il diffère cependant parce que c'est une opération *non aveugle*, *parce qu'elle agit sur la portion interne des ligaments ronds*, véritablement solides, ensuite *permet d'enlever l'appendice*, qui est presque toujours malade chez les rétrodéviées.

RÉSULTATS IMMÉDIATS ET ÉLOIGNÉS

DES OPÉRATIONS FAITES PAR LE PROCÉDÉ DE DOLÉRIS

Résultats immédiats

Le raccourcissement des ligaments ronds donne toujours d'excellents résultats. Les malades d'emblée éprouvent du soulagement ; les douleurs périnéales, avec irradiations vers les lombes, les fosses iliaques et la face interne des cuisses cessent. La constipation que déterminait la compression du rectum par le corps utérin disparaît. Enfin il est de règle d'observer après l'opération des menstruations régulières et normales.

Résultats éloignés

D'après les auteurs français et étrangers, les résultats éloignés sont les plus favorables. Nous ne trouvons aucun cas de récidive parmi les 642 observations que nous avons colligées. Les malades atteintes de rétrodéviations utérines revues dans un intervalle de temps très considérable, allaient parfaitement bien et étaient absolument contentes du résultat de l'opération qu'elles avaient subie.

A l'étranger, Wyllie et Mathew (1) rapportent une statistique de 58 cas de rétrodéviations utérines traitées par le raccourcissement des ligaments ronds sans aucune déception.

Hivet, dans sa thèse en 1900, rapporte 30 observations de malades traitées par le procédé de Doléris, desquelles l'auteur a pu revoir un grand nombre dans un laps de temps assez considérable et toutes allaient bien.

Figuéra (thèse de Paris, 1902) rapporte 98 observations de malades dont 7 furent revues cinq, quatre et deux ans après l'intervention ; leur état était très bon.

Fumey (2), rapporte 16 observations de malades, dont 3 de celles-ci revues cinq, quatre ans après l'intervention, toutes allaient parfaitement bien.

Si nous insistons tellement sur ce fait, que les résultats éloignés des opérations par le procédé de Doléris, exécutées d'après sa dernière méthode, sont excellentes c'est que ces dernières années, cette technique a été fortement attaquée ; on a même proposé de bannir les hystéropexies abdominales de la technique chirurgicale.

C'est L. Bazy, qui (dans *la Revue de Gynécologie*, 1912, t. XVIII, p. 561) a écrit : « L'hystéropexie par fixation des ligaments ronds à la paroi abdominale suivant le procédé de Doléris permet bien la

---

1. Wyllie et Mathew, *l'American Journal*, 1897.
2. Fumey, Thèse de Paris, 1899.

libre expansion de l'utérus au cours des grossesses ultérieures. Mais les ligaments ronds s'allongeant peu à peu du fait même de leur très grande extensibilité, créent des dipositions telles que des phénomènes d'étranglement intestinal sont possibles et ont été effectivement observés ».

L'auteur cite 9 occlusions intestinales observées et deux observations personnelles : en opérant de nouveaux malades, l'auteur a constaté la formation de deux brides fibreuses qui étaient les ligaments ronds allongés.

L. Bazy conclut que les hystéropexies abdominales doivent être bannies parce qu'elles sont :

1° Dangereuses.

2° Étant antiphysiologiques elles prédisposent des malades opérées par ce procédé, à avoir des métrorrhagies abondantes.

3° A la longue, il y a la formation de brides fibreuses, c'est ce que L. Bazy propose de désigner sous le nom de « ligament suspenseur du fond » ; c'est cette bride qui peut donner, d'après l'auteur, des occlusions intestinales.

4° Finalement toutes les ligamentopexies se transforment en ventro-fixations par suite de l'élargissement des adhérences entre la paroi abdominale et la face antérieure de l'utérus.

Les observations rapportées par L. Bazy, sont les 8 observations personnelles de Kreutzmann, où cet auteur emploie *la ventro fixation* et observe des occlusions intestinales.

Donc, voilà 8 occlusions intestinales qui ont été observées par suite d'hystéropexie abdominale ; cela ne nous étonne pas, étant donné qu'il y a longtemps que la plupart des chirurgiens ont délaissé cette méthode opératoire désastreuse.

Une observation, celle de Guggisberg (1) ce chirurgien était obligé d'intervenir dans le cas d'une occlusion intestinale, où l'anse s'était étranglée dans l'orifice limité par la paroi abdominale, en arrière par le rectum et latéralement par les ligaments ronds. Ce chirurgien a opéré la malade et sa malade guérit. Voilà un seul cas qui concerne la méthode opératoire de Doléris.

Plus tard José Caballero (dans *la Revue de Gynécologie*, 1913, p. 480) en rapportant le même cas d'occlusion intestinale, reproche au procédé de Doléris cette prédisposition fâcheuse aux étranglements intestinaux et décrit sa méthode opératoire, qu'il désigne sous le nom de « néo-insertion des ligaments ronds », et laquelle lui a donné dit-il des résultats excellents, en rapportant 350 observations, où la mortalité est nulle.

Examinons ce procédé opératoire, qui est tout à fait pareil à la technique de Doléris ; J. Caballero fait une incision médiane, et après avoir reconnu l'utérus et les ligaments ronds, l'auteur applique une pince de Kocher sur le ligament rond, à 7 centimètres de distance de la corne utérine ; ensuite, avec une

1. Gugisberg, *Centralblatt für Gynækologie*, septembre 1910.

autre pince de Kocher, on crée, tout près de l'orifice inguinal interne, un tunnel musculo-aponévrotique à 6 ou 7 centimètres de la ligne blanche, médiane, et à travers cette boutonnière, on fixe, intérieurement à l'aponévrose du grand droit, le ligament rond.

Comme on le voit, sauf de légères modifications, ce procédé est tout pareil à celui de Doléris.

Jose Caballero conclut : « Les résultats opératoires sont excellents quoique les interventions ont été compliquées dans 35 o/o des cas, de lésions annexielles, trois fois même compliquées de grossesse et d'adhérences à tous les organes pelviens, entre le troisième et le quatrième mois, dont une de ces grossesses avec adhérence pelvi-péritonite antérieure. Une de ces malades a été réopérée huit années après pour un fibrome de la face postérieure de l'utérus et malgré cela et malgré que sa grossesse fût arrivée à terme on trouva l'utérus en bonne position. »

En dix années de pratique chirurgicale, ce chirurgien n'a pas observé de récidives, en réexaminant des malades qui étaient opérées par ce procédé. J. Caballero a opéré :

Rétroversion mobile simple ou compliquée de lésions des annexes	144
Rétroversions mobiles et grossesses	2
Rétroversions adhérentes	18
Rétroflexions mobiles	157
Rétroflexions adhérentes	28
Total	350

Mortalité o.

Mais le procédé de Doléris, qui était décrit par

l'auteur lui-même en 1898, en 1900, en 1902, et celui de Jose Caballero sont tout à fait semblables et par analogie nous pouvons conclure : les résultats éloignés sont tout à fait analogues.

En résumé, nous rapportons 37 observations de malades opérées par le procédé de Doléris, dont la plupart ont été revues plusieurs années après l'intervention ; nous avons pu recueillir encore 255 observations (rapportées par Gosset, Wyllie, Figuéra, Hivet, Fumey) toutes exécutées par le procédé de Doléris qui a donné à ces auteurs la satisfaction la plus complète.

Le total de 642 observations nous permet d'affirmer que le procédé de Doléris donne des résultats éloignés excellents, amène l'utérus en antéversion physiologique et normale, n'a aucune influence sur la grossesse, n'empêche pas l'accommodation, ne cause pas la dystocie du travail.

Notre maître, M. Arrou, qui emploie cette technique depuis seize ans écrit :

« Depuis la publication du procédé de Doléris, je l'emploie de préférence à tout autre, et ne lui ai jamais reconnu un inconvénient. Je sais qu'on lui en a trouvé, mais j'aurais bien voulu voir de près ces cas et peut-être les opérations... L'utérus reste en place, même à la suite d'un accouchement, comme je viens de le constater encore dernièrement. Pas une seule fois je n'ai entendu une opérée se plaindre de la vessie, non plus d'ailleurs que d'autre chose. Et l'exécution est si simple, si rapide, si complètement innocente,

elle satisfait si complètement l'esprit, qu'il suffirait sans doute de la montrer une fois aux détracteurs du procédé pour leur faire changer leur manière de voir ».

M. le Dr Fredet à bien voulu me communiquer la liste de 57 observations de Doléris, pratiquées de 1908 à 1916 et m'a autorisée à revoir ces malades : pour constater le résultat éloigné de l'opération, 24 opérées ont répondu à ma convocation, la plupart d'entre elles étaient revues par M. le Dr Fredet.

OBSERVATIONS

1. — Rétroversion utérine mobile. Raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds (*Doléris*). (Agée de dix-huit ans.) Opérée le 19 décembre 1900. Guérison sans incidents.

2. — Métrite. Rétroversion mobile. Hypertrophie utérine. Curettage. Ligamentopexie. (Trente ans.) Opérée le 21 septembre 1908. Guérison sans incidents.

3. — Métrite. Rétroversion mobile. Curettage (Doléris). (Vingt-deux ans). Opérée le 21 avril 1908. Guérison sans incidents.

4. — Rétroversion utérine. Ovaire scléro-kystique. Appendicite. Hystéropexie abdominale. Castration unilatérale. Exérèse de l'appendice. Guérison sans incidents.

5. — Allongement hypertrophique du col. Rétroflexion. Cystocèle. Rectocèle. Agée de trente-six ans.

Premier temps opératoire. — Curettage. Amputation du col. Colpo-périnéorrhaphie (15 février 1909).

Deuxième temps. — (Doléris). 12 mai 1909. Guérison sans incidents.

Revue le 14 août 1912.

Revue le 5 juin 1916. Périnée solide ; l'utérus en position normale. État général bon. (Sept ans d'intervalle.) Allongement hypertrophique du col.

6. — Prolapsus utéro-vaginal. Rétroversion. Appendicite. (Vingt-six ans.)

1° Colporraphie antérieure. Périnéorrhaphie (4 août 1910).

2° (Doléris). Appendicectomie.

Revue en juin 1916. Utérus en bonne position. Périnée solide.

7. — Rétroversion adhérente. Hystéropexie abdominale. Ablation de trois petits kystes dans le ligament large. Exérèse de l'appendice. 12 déc. 1911 (Vingt quatre ans).

Revue le 18 mars 1914. Utérus en antéversion normale. État général bon.

8. — Rétroflexion utérine adhérente. Doléris le 29 novembre 1911. (Vingt-cinq ans).

Revue le 14 juin 1916. L'utérus en bonne position. État général parfait.

9. — Prolapsus utéro-vaginal. Rétroflexion adhérente. (Soixante-deux ans).

1° Colpo-périnéorraphie (4 fév. 1910) ;

2° Doléris (18 avril 1911).

Revue le 5 juin 1961. Périnée solide, l'utérus en place.

10. — Rétroflexion utérine avec tumeur de l'ovaire gauche. Appendicite chronique. Doléris. On trouve l'ovaire gauche adhérent, on fait l'exérèse de l'ovaire et de l'appendice. Opérée le 20 janvier 1911. (Vingt-six ans).

Revue le 20 avril 1911 ; utérus en bonne position.

8 juin 1916. — L'utérus en antéversion normale. État général excellent.

11. — Rétroflexion mobile, deux fibromes sous-péritonéaux. Appendicite. Hystéropexie abdominale. Exérèse de deux fibromes et de l'appendice le 28 janvier 1912. (Trente-huit ans). Guérison sans incident.

12. — Métrite. Hypertrophie du col. Rétroversion utérine mobile. Curettage. Amputation du col. Colpo-périnéorraphie le 4 février 1911. Doléris, 21 avril 1911. (Trente-neuf ans.

Revue le 8 juin 1916 et le 26 octobre 1911. L'utérus en bonne position. État général bon.

13. — Prolapsus utéro-vaginal. Rétroflexion mobile d'un utérus fibromateux. (Cinquante-cinq ans).

1° Colpo-périnéorraphie (20 novembre 1912);

2° Hystéropexie abdominale (19 janv. 1913).

Revue le 18 mai 1916. Périnée solide. L'utérus en antéversion.

14. — Prolapsus utéro-vaginal. Rétroflexion mobile. (Soixante ans).

1° Colpo-périnéorraphie (11 avril 1912);

2° Doléris (11 juillet 1912).

15. — Rétroversion mobile. Appendicite. Trente-trois ans. Hystéropexie abdominale, 18 décembre 1912. Appendicectomie.

Revue le 7 juillet 1913. L'utérus en bonne position. En 1916 (14 juin). L'opérée en bonne santé. L'utérus en antéversion.

16. — Rétroflexion mobile. Doléris. (Trente-trois ans) Opérée le 5 avril 1913.

Revue le 10 juin 1916. L'utérus en bonne position. État général parfait.

17. — Prolapsus utéro-vaginal. Rétroflexion mobile. Cystocèle et rectocèle très prononcée. (Quarante ans). Guérison sans incidents.

1° Colpo-périnéorraphie, 21 mai 1913.

2° Doléris, 6 juin 1913.

Revue en mai 1916. Périnée solide. L'utérus en bonne position.

18. — Rétroflexion utérine mobile. Appendicite chronique. Doléris. Exérèse de l'appendice. (Vingt-quatre ans). Opérée le 23 juillet 1913. Guérison.

19. — Prolapsus utéro-vaginal. Rétroflexion mobile. Appendicite. (Trente-quatre ans).

1° Colporraphie antérieure. Périnéorraphie (27 nov. 1913);

Doléris. Appendicectomie (appendice géant).

Revue le 5 juin 1916. L'utérus en bonne position. État général excellent.

20. — Prolapsus utéro-vaginal. Déchirure ancienne du périnée. Rétroflexion utérine mobile. (Quarante ans).

1° Amputation du col. Colpo-périnéorraphie, 7 avril 1913.

2° Doléris, 4 octobre 1913.

21. — Prolapsus utéro-vaginal. Rétroversion utérine. (Trente-six ans).

1° Colporraphie antérieure. Périnéorraphie le 25 novembre 1913. Hystéropexie abdominale.

Revue le 5 juin 1916. L'utérus en bonne position. État général bon.

22. — Rétroflexion mobile. Doléris le 19 avril 1913. (Trente ans)

Revue le 14 juin 1916. L'utérus en bonne position. A eu depuis l'opération deux accouchements ; l'un à terme en 1914 (Siège), l'autre à huit mois (présentation O. I. G. A.). Périnée était déchiré. Actuellement à l'examen présente un peu de cystocèle et de rectocèle.

23. — Rétroflexion utérine mobile. Appendicite chronique. Doléris le 20 août 1913. Vingt-cinq ans.

Revue le 14 juin 1916. L'utérus en antéversion mobile sans exagération.

24. — Prolapsus utéro-vaginal. Rétroflexion mobile. (Soixante-trois ans).

1° Colpo-périnéorraphie (8 oct. 1913).

2° Doléris (28 oct. 1913).

Revue le 5 juin 1916. L'utérus en place. État général parfait.

25. — Prolapsus utéro-vaginal. Hypertrophie du col. Rétroversion utérine mobile. (Trente-six ans.)

1° Amputation du col. Colporraphie antérieure. Périnéorraphie le 13 octobre 1913.

2° Doléris (3 nov. 1913).

Revue le 4 mai 1916. Périnée solide ; l'utérus en place.

26. — Allongement hypertrophique du col. Rétroversion utérine adhérente. (Trente-six ans.)

1° Amputation du col. Colpo-périnéorraphie, 13 octobre 1913.

2° Doléris, 3 novembre 1913.

Revue le 4 mai 1916. État général bon. Périnée solide.

27. — Rétroflexion mobile. Prolapsus. (Cinquante-trois ans.) Guérison sans incident.

1° Colpo-périnéorraphie (8 déc. 1913).

2° Doléris (17 janv. 1913).

28. — Rétroflexion utérine adhérente. (Vingt-huit ans.) Doléris le 18 décembre 1913. Guérison sans incident.

29. — Rétroflexion adhérente. Doléris le 14 mai 1914.

Revue le 5 juin 1916. L'utérus en bonne position. Les règles sont indolores. Leucorrhée est arrêtée. (Vingt-neuf ans.)

30. — Métrite. Hypertrophie du col. Rétroflexion adhérente. Prolapsus utéro-vaginal. (Vingt-neuf ans.)

1° Curettage. Amputation du col. Colpo-périnéorraphie, 10 juillet 1914.

2° Doléris, 29 juillet 1914.

Revue le 5 juin 1916. L'utérus en place. État général bon.

31. — Rétroflexion utérine. Prolapsus utéro-vaginal. (Soixante-six ans.) Hypertrophie du col. Opération le 8 mai 1914, on exécute : l'amputation du col ; colporraphie antérieure, périnéorraphie le 27 mai 1914, procédé de Doléris. Guérison sans incident.

Revue le 5 juin 1916. Périnée solide. L'utérus en place. État général bon.

32. — Hypertrophie du col. Prolapsus utéro-vaginal. Rétroflexion utérine mobile. (Quarante-six ans.)

1° Curettage. Amputation du col. Colpo-périnéorraphie (24 avril 1914).

2° Hystéropexie abdominale. Doléris (19 juin 1914). Guérison sans incident.

33. — Déchirure complète du périnée. Précipitation utéro-vaginale. Métrite. Rétroflexion du corps utérin. Trente-deux ans.

1° Curettage. Colpo-périnéorraphie le 17 janvier 1914.

2° Doléris le 24 janvier 1914. Guérison sans incident.

34. — Métrite. Hypertrophie du col. Prolapsus utéro-vaginal. Rétroflexion mobile. Quarante-sept ans.

1° Curettage. Amputation du col. Colpo-périnéorraphie (2 février 1915),

2° Hystéropexie abdominale (9 mars 1916) (Doléris).

Revue le 14 juin 1916. Périnée solide. L'utérus en position parfait.

35. — Prolapsus. Rétroflexion adhérente. Trente-trois ans.

1° Curettage. Amputation du col. Colpo-périnéorraphie (11 fév. 1915).

2° Doléris, 15 avril 1915. Guérison sans incident.

36. — Allongement hypertrophique du col. Rétroversion utérine. Prolapsus. Appendicite. Trente ans. Hystéropexie abdominale. Appendicectomie (2 juin 1915).

Revue le 14 juin 1916. L'utérus en bonne position.

37. — Rétroflexion utérine mobile. Hystéropexie abdominale. Doléris le 8 février 1916.

Revue le 18 juin 1916. État général excellent. Guérison sans incident.

Observations résumées (*In* thèse Figuera) (1)

38. — Rétroversion. Double. salpingo-ovarite. Périnéorraphie. Doléris. Opérée le 18 juin 1891.

1. Figuera, Thèse de Paris, 1902.

Revue en 1895 en très bon état.

39. — Rétroversion. Métro-annexite. Schrœder. Hystéropexie abdominale. Hypertrophie du col. Castration double (1891).

Revue en 1896 dans un très bon état.

Observations résumées (*In* thèse Fumey) (1)

40. — Rétroversion adhérente. Prolapsus utéro-vaginal. Annexite double. Périnéorraphie. Hystéropexie abdominale. Castration, 19 juin 1891. Revue en 1895 en très bon état.

41. Utérus prolabé et rétrodévié. Hystéropexie abdominale. Cystocèle. Hydro-salpingite gauche. Castration unilatérale. Opérée le 26 avril 1898.

Revue en 1900, la femme est enceinte et sa grossesse évolue normalement.

Observations résumées (*In* thèse Hivet) (2)

42. — Rétroflexion douloureuse compliquée de métrite hémorragique. Hystéropexie abdominale le 30 janvier 1900. Vingt-six ans.

Revue en 1900, grossesse consécutive absolument normale. En 1901, accouche tout à fait normalement.

---

1. Fumey, Thèse de Paris, 1809.
2. Hivet, Thèse de Paris, 1900.

CONCLUSIONS

I. — Dans les cas de rétro-déviations utérines douloureuses, adhérentes, compliquées ou non d'annexite, l'intervention chirurgicale est indiquée.

Dans les cas de rétro-déviations utérines douloureuses et mobiles, le traitement opératoire est préférable à l'emploi du pessaire.

II. — La plupart des procédés opératoires préconisés pour combattre les *rétro-déviations utérines ont des inconvénients sérieux.* En particulier : la ventro-fixation et la vagino-fixation prédisposent :

1° Aux occlusions intestinales ;

2° Aux dystocies, positions vicieuses, avortements.

La ligamentopexie, à la manière d'Alquié, place l'utérus en position normale, mais c'est un procédé aveugle. Il ne peut donc être employé, à la rigueur, que pour les cas de rétro-déviations parfaitement mobiles.

III. — La ligamentopexie par le procédé de Doléris présente des avantages réels, qui doivent la faire entrer dans la pratique chirurgicale courante. *C'est une opération à ciel ouvert*, qui place la matrice

d'une façon permanente en antéversion physiologique.

Les complications post-opératoires sont d'une exceptionnelle rareté !

Sur *642 observations* que nous avons pu colliger, aucun accident n'est noté.

Les résultats éloignés sont satisfaisants. Un grand nombre des opérées qui font l'objet des observations ci-dessus, ont été revues en *parfait état*, au bout de DEUX, QUATRE, CINQ, SEPT ET DIX ANS.

Vu : le Président de la thèse,
A. BROCA

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Abel. — Bulletin médical, 1896.

Aran. — Traité des maladies des femmes.

Auvard. — Dictionnaire de Sciences médicales, t. XXIII, p. 614.

Bazy. — Revue de Gynécologie, 1912, t. XVIII.

Beaudouin. — Hystéropexies abdominales antérieures, 1890.

Caballero (Jos). — Revue de Gynécologie, 1913, p. 401.

Delagenière. — Semaine gynécologique, 1899 (Annales de Gynécologie et d'Obstétrique, septembre 1877).

Delbet. — Traité de Chirurgie. Duplay et Reclus, t. VIII.

Doléris. — La Gynécologie, 1898.

— La Gynécologie, 1899.

— La Gynécologie, 1902.

— Gazette des Hôpitaux, 1899, p. 70.

— Congrès national et périodique. Rouen, 1904.

Dumont. — Thèse de Paris, 1889.

Fumey. — Thèse de Paris, 1899.

Figuéra. — Thèse de Paris, 1902-1903.

Gouin. — Thèse de Paris, 1904.

Gonet. — Journal de Chirurgie, t. IX, 1912, p. 685.

Hivet. — Thèse de Paris, 1900.

Lamort. — Thèse de Bordeaux, 1894.

Landron. — Thèse de Paris, 1900.

Le Dentu. — Leçons sur le traitement des rétroversions utérines (Semaine gynécologique, février 1901).

Lucien. — Thèse de Nancy, 1896.

Maurique, — Thèse de Paris, 1899.
Merlet. — Thèse de Paris, 1899.
Naulleu. — Thèse de Paris, 1899.
Pichevin. — Traité de Gynécologie.
— Semaine gynécologique, 1898-1899.
Pozzi. — Traité de Gynécologie.
— Bulletin médical, 1888.
— Gazette médicale, 1888.
— Bulletin médical, décembre 1888.
Racovisceannu. — Thèse de Paris, 1889.
Trélat. — Semaine médicale, 1888-1889.
Terrier. — Bulletin médical et Mémoire de la Société de Chirurgie, 1889.
Wyllie. — American Journal of Obstétrique, mai 1889.
Zeimert. — Thèse de Paris, 1898.

Imp. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine, Paris. — 3121-16